ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

BRUXELLES, IMP. DE F. VERTENEUIL, RUE D'OPHEM, N° 10.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE,

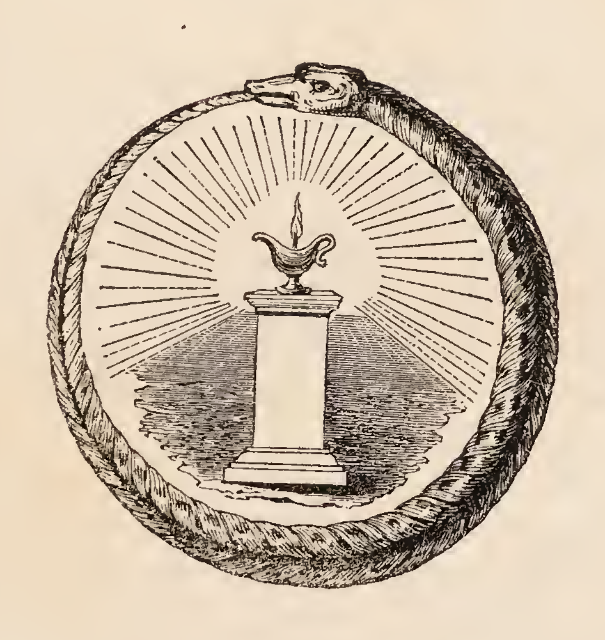
JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES, PHYSIQUES ET NATURELLES ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

PUBLIÉES

PAR J. E. LEQUIME, D. M.

Médecin des hospices de Pachéco, des Ursulines, et de Ste-Gertrude,
secrétaire de la Commission médicale de Bruxelles,
membre résidant de la société des sciences médicales et naturelles de la même ville,
membre correspondant de la société de médecine de Gand, de celle de Malines,
de la Société médico-chirurgicale de Berlin, de la société polytechnique de Paris ;
membre honoraire de la société médico-chirurgicale de Bruges,
de la société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, etc.

Tome cinquième.



BRUXELLES,
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE DE FLANDRE, N° 155.

1841.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

OPHTHALMIE MILITAIRE.

RAPPORT

FAIT

A LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, SUR LE CONCOURS DE 1839, EN LA SÉANCE DU 6 AVRIL 1840 (1).

Messieurs,

De toutes les maladies qui attaquent un grand nombre d'individus à la fois, il n'y en a peut-être pas qui ait sévi pendant un temps aussi long et avec si peu d'interruption que l'ophthalmie régnant actuellement dans plusieurs armées, et connue sous le nom d'ophthalmie militaire.

Quoiqu'on trouve dans les auteurs anciens des descriptions de maladie des yeux ayant la plus grande ressemblance avec la cruelle maladie qui ravage particulièrement notre armée, cependant l'histoire de cette ophthalmie militaire ne date à proprement parler que de l'époque de la mémorable expédition d'Égypte.

Cette maladie se montra d'abord en 1798 dans l'armée française, quelques jours après son débarquement à Alexandrie, elle y prit une telle extension que peu d'hommes de cette expédition échappèrent au fléau. Les troupes anglaises en furent également atteintes presque immédiatement après leur arrivée dans ces contrées, aussi l'Égypte est-elle depuis bien longtemps regardée comme le berceau de ce terrible fléau. Depuis cette époque, cette ophthalmie à laquelle on a donné plusieurs noms, mais que l'on désigne encore mieux sous celui d'ophthalmie d'Égypte, continua à sévir sans interruption dans différents corps de l'armée anglaise; tandis qu'elle diminua considérablement dans l'armée française, surtout pendant sa traversée pour retourner en Europe, alors elle disparut complétement et cela peu de temps après son retour en France.

(1) *Commissaires,* MM. Rieken, V. Uytterhoeven, Mouremans, Lequime, et Van Roosbroeck, *rapporteur.*

En 1815 elle envahit d'une manière effrayante l'armée prussienne où elle séjourna pendant un grand laps de temps.

Depuis la formation de l'armée des Pays-Bas, elle s'y est montrée dans différents bataillons, et a continué à exercer ses ravages sans interruption dans l'armée belge comme dans l'armée hollandaise.

Les régiments russes ont depuis longtemps été minés par cette ophthalmie, ils le sont encore aujourd'hui d'une manière bien plus effrayante que dans aucun autre pays.

Il en est de même de la plupart des armées européennes; il n'y a que l'armée autrichienne qui, quoiqu'elle se soit trouvée, pendant un grand nombre d'années, en apparence plus exposée que toute autre à contracter cette maladie, est restée cependant pour ainsi dire exempte; on n'y en a remarqué que quelques épidémies qui furent de courte durée, et restèrent limitées à quelques régiments, sans que jamais le mal se soit communiqué au reste de l'armée, comme cela s'est vu en Belgique, en Hollande, en Prusse, etc.

A dater de son apparition en Europe, cette ophthalmie fixa l'attention des médecins les plus distingués de tous les pays; mais il arriva, comme il arrive assez fréquemment dans les discussions médicales, que les opinions furent très-divisées, et que la maladie fut attribuée à des causes très-différentes et souvent tout opposées.

On crut d'abord que cette ophthalmie n'existait qu'en Égypte, qu'elle dépendait d'un virus particulier propre au climat et au sol de ce pays, et qu'elle ne pouvait se produire ni se maintenir hors de cette partie de la terre. La rapidité avec laquelle cette ophthalmie se développa dans les armées française et anglaise, immédiatement après leur arrivée en Égypte, et le grand nombre d'habitants de ces contrées, affectés de la même maladie, furent des circonstances qui contribuèrent à faire croire à l'existence d'un virus particulier appartenant au sol d'Égypte. L'absence supposée d'une ophthalmie analogue en Europe, et la cessation spontanée de ce fléau, du moment ou l'armée française fut de retour dans sa patrie, firent croire un instant qu'elle ne pouvait pas se maintenir hors des contrées de l'Égypte. Cependant lorsqu'on vit cette affection se perpétuer dans l'armée anglaise, y prendre une grande extension après le retour de l'armée dans ses foyers, et se communiquer même aux autres classes de la société, on abandonna l'idée que la maladie ne pouvait se maintenir hors d'Égypte. On continua cependant à regarder ces contrées comme le pays où l'ophthalmie a pris naissance, et d'où elle s'est étendue à une grande partie de l'Europe, par voie de contagion. Plusieurs médecins des plus distingués de notre époque continuent encore à partager cette opinon, et dans leurs écrits, ils suivent la marche de la maladie, pour ainsi dire pas à pas, dans les différentes armées européennes, depuis le retour des expéditions d'Égypte jusqu'aujourd'hui.

Depuis que l'étude des maladies des yeux a acquis ce degré de perfection que nous lui connaissons aujourd'hui, et qu'elle s'est généralement répandue dans tous les pays, on a pu s'assurer, que cette ophthalmie n'était pas seulement endémique en Égypte, mais qu'elle se présentait fréquemment avec tous ses caractères, et même d'une manière endémique dans l'Italie et

l'Espagne méridionales, le Portugal, la Sicile, le Calabre, etc.; que même pendant les fortes chaleurs de l'été, au temps de la moisson, il n'est pas rare de la voir se développer spontanément chez nos campagnards, et occasionner chez eux la perte de la vue en 24 heures de temps. Ces faits démontrèrent, qu'il ne faut pas de virus particulier, appartenant au sol d'Égypte, pour développer la maladie hors de ces contrées, qu'on la rencontre dans la plupart des pays méridionaux, et que notre zône même possède souvent toutes les conditions nécessaires pour donner lieu à la naissance spontanée de cette terrible ophthalmie. Depuis la connaissance de ces faits, on commença à regarder l'expédition d'Égypte comme tout à fait étrangère au développement de cette maladie dans nos climats. L'état de guerre dans lequel *la plus grande partie de l'Europe s'est trouvée pendant plusieurs années*, les fatigues, le bivouac, et toutes les autres conséquences de cet état de guerre permanente, parurent des circonstances suffisantes pour expliquer l'origine de l'ophthalmie dans les armées européennes, sans être forcé de recourir à une cause toute égyptienne. Il y eut même des médecins qui cherchèrent à prouver que si cette maladie était venue d'Égypte et si elle avait dû être communiquée aux armées européennes par l'armée française, cette affection n'eût jamais existé dans nos contrées, puisqu'il semble prouvé qu'immédiatement après le retour de l'armée française en Europe, toute trace d'ophthalmie avait cessé dans ses rangs, et que par conséquent il serait impossible qu'elle eut communiqué à d'autres armées, une maladie dont elle-même était exempte.

Une opinion qui prit naissance chez nous, après avoir été vivement défendue par un grand nombre de médecins militaires, et qui pendant quelque temps semblait devoir obtenir le plus grand succès, fut celle qui attribua la maladie à l'obstacle mis au libre retour du sang de la tête vers le cœur, par la compression exercée sur le cou, au moyen de la cravate et du collet de l'habit, et sur le front et les tempes au moyen du schako.

D'autres observateurs enfin, croyant trouver quelque analogie entre la position du soldat nettoyant ses armes, et l'habitant du désert sabloneux d'Arabie et d'Égypte, attribuèrent l'ophthalmie de notre armée à la pierre de Namur, et à la terre de pipe dont les soldats se servent pour polir leurs armes et blanchir leurs buffleteries. D'autres allèrent jusqu'à chercher la cause de l'ophthalmie, dans l'eau dont les soldats se servent pour boisson, dans les pommes de terre, etc.

La nature de la maladie fut également un sujet de discussion pour la plupart des médecins qui s'en sont occupés. Les uns l'ont regardée comme une maladie de nature toute particulière, comme une affection *sui generis*, originaire d'Égypte. D'autres croyant avoir tout fait, lorsqu'ils ont reconnu le siége d'une maladie, n'ont vu dans cette ophthalmie qu'une simple inflammation de la conjonctive. Il en est qui admettant que les symptômes de l'inflammation peuvent se modifier d'après la cause qui la provoque, regardèrent notre ophthalmie comme une conjonctivite de nature catarrhale. Quelques-uns remarquant la grande ressemblance qui existe entre l'ophthalmie militaire et celle connue sous le nom d'ophthalmie gonnorrhoïque, prétendirent que ces deux affections étaient identiques, et que les nombreuses ophthalmies de notre armée, dépendaient des gonnorrhées

qu'on y rencontre toujours. Plusieurs enfin reconnaissant à cette ophthalmie un caractère particulier qu'on ne rencontre pas dans les cas de conjonctivite ordinaire, c'est-à-dire, le développement des granulations sur les conjonctives palpébrales, caractère qui accompagne également l'ophthalmie gonnorrheïque et celle des nouveau-nés, crurent pouvoir admettre une classe spéciale de maladies différentes des inflammations, et désignèrent toutes les ophthalmies accompagnées du développement des granulations sur les conjonctives palpébrales sous le nom de blennorrhées.

Ce signe caractéristique de la classe d'affections connues sous le nom de blennorrhées, les granulations sont depuis quelques années devenues l'objet des recherches de plusieurs auteurs. Les uns les regardent comme des glandules; d'autres comme le résultat de l'hypertrophie des villosités de la conjonctive palpébrale, ou comme des phlyctènes semblables à celles qu'on observe à la surface de la peau; ou enfin comme des fongosités ou productions anormales, etc.

La gale, le typhus, les fièvres intermittentes, etc., ont, tour à tour, été invoqués pour expliquer l'existence et la nature de l'affection ophthalmique qui nous occupe.

Le mode de propagation de l'ophthalmie militaire est un point important sur lequel les médecins ont également été divisés. Cette grave question les partage en deux camps, selon qu'ils regardent la maladie comme contagieuse ou selon qu'ils lui refusent ce caractère.

Parmi ceux qui admettent que l'ophthalmie possède la propriété de se transmettre par contagion, les uns prétendent qu'elle est contagieuse pendant toute sa durée, d'autres qu'elle ne l'est que pendant sa période de purulence; d'autres qu'il faut le transport direct du pus sécrété par un œil malade sur un œil sain, pour développer une maladie analogue; des médecins instruits nient ce mode de propagation et prétendent qu'elle s'étend aux hommes sains, en infectant l'atmosphère des chambres où des individus atteints de l'ophthalmie se trouvent éparpillés au milieu d'un grand nombre d'hommes sains; plusieurs croyent que l'ophthalmie se propage par l'une et l'autre de ces voies; c'est-à-dire, toutes les fois que le mucus sécrété par un œil atteint de blennorrhée militaire, vient en contact avec un œil sain, il provoque toujours une maladie de même nature, tandis qu'il n'est pas indispensable qu'il y ait transport direct, car il suffit que quelques individus affectés de l'ophthalmie séjournent dans une salle contenant un grand nombre d'hommes réunis, pour la propager à tous ceux qui se trouvent sous cette influence.

Ceux qui refusent à l'ophthalmie la propriété de se communiquer, par contagion, aux personnes saines, cherchent à expliquer le grand nombre de cas qu'on rencontre dans l'armée par la circonstance que tous les soldats se trouvant pour ainsi dire dans les mêmes conditions hygiéniques, ils doivent tous être à peu près également exposés à la contracter.

Chacune de ces opinions a eu de chauds partisans et de vigoureux adversaires, chacune possédait un certain nombre de faits militant en sa faveur, mais tout cela se trouvait combattu par un bien plus grand nombre de faits contraires. Nous ne chercherons pas à énumérer les arguments et les raisons que chaque opinion a eu pour ou contre elle, c'est un soin qui a été

abandonné aux concurrents, nous avons seulement voulu exposer ici succintement l'état de la question au moment du concours.

Les traitements prophylactique et curatif, ont également varié d'après la cause à laquelle attribuait la maladie, tout médecin qui était appelé à donner son avis.

Les contagionistes admettant un principe contagieux fixe, en état de s'attacher aux effets des soldats et de se fixer dans et sur les murs des casernes, proposèrent d'abord la démolition de tous les bâtiments ayant servi à loger des soldats atteints de l'ophthalmie; de faire brûler les literies, les habillements et tous les effets ayant servi à des hommes affectés ou suspects. Ils voulurent faire prendre pour cette ophthalmie les mêmes mesures et précautions que l'on emploi contre la peste.

Les anti-contagionistes prétendirent qu'il ne fallait qu'un changement dans la coupe de l'uniforme des soldats pour faire disparaître complétement cette ophthalmie des rangs de l'armée.

Les médecins qui regardent le développement des granulations sur les conjonctives palpébrales comme le foyer de la maladie, voudraient faire disparaître des rangs de l'armée tous les hommes porteurs de cette altération de la conjonctive.

Le traitement curatif a également varié selon les doctrines professées par chaque médecin traitant.

Dans la période aiguë, la plupart employent la méthode antiphlogistique dans toute sa sévérité : saignées fréquemment répétées, ou poussées jusqu'à la syncope; sangsues appliquées en grand nombre dans le voisinage de l'œil, etc.

D'autres préfèrent un traitement perturbateur; les purgatifs; les vomitifs; les diaphorétiques et les astringents plus ou moins actifs appliqués sur la partie malade, sont les moyens qu'ils emploient le plus communément.

Quelques-uns préfèrent un traitement spécifique, les préparations mercurielles; le baume de copahu; le poivre de cubèbe; le quinquina; les préparations d'iode; le camphre, etc.; voilà leur agents, dont ils font usage. Il en est qui ont recours, aux révulsifs à la peau, aux vésicatoires à la nuque, sur le front ou sur les paupières; aux cautères ou sétons à la nuque, sur l'apophyse mastoïde, au moxa au synciput, dans les environs de l'œil, etc.

Les médecins italiens font l'application du contra-stimulus à cette ophthalmie, en employant le tartre émétique en collyre.

Les praticiens anglais utilisent la méthode escarrotique pour faire avorter la maladie dans son germe, ils instillent dans les yeux, au degré le plus aigu de la maladie, une solution concentrée de nitrate d'argent, d'un demi gros à deux gros de médicament sur une once d'eau distillée.

A l'état chronique de la maladie, le traitement a également varié : Les uns veuillent faire disparaître les granulations chroniques en retirant du service les hommes qui en sont atteints et en les envoyant à la campagne; d'autres prétendent arriver aux mêmes résultats par des pommades de précipité rouge, ou de tout autre astringent.

Il y a des praticiens qui ont recours à la destruction de ces granulations,

au moyen de la cautérisation par l'acétate de plomb; le sulfate de cuivre; l'acide phosphorique; le nitrate d'argent, etc.

D'autres préfèrent l'excision des granulations à l'aide du bistouri ou des ciseaux; quelques chirurgiens combinent ces deux derniers moyens ensemble.

Tel est en peu de mots, MM. l'état général des opinions sur cette grave maladie. Malgré les nombreuses discussions que ces différentes opinions ont soulevées, on peut remarquer que fort peu de médecins ont modifié leur manière de voir sur cette affection.

C'est en grande partie à la ténacité avec laquelle les auteurs soutiennent leurs thèses, souvent beaucoup trop exclusives, c'est à l'absence d'un travail impartial et complet résumant tout ce qui a rapport à la maladie, que l'on doit attribuer le peu de succès que le gouvernement a obtenu dans les efforts qu'il a faits pour extirper de notre armée, cette épouvantable affection.

C'est dans cet état d'impuissance des moyens que jusqu'ici on a employés, c'est au moment où toutes ces opinions diverses se trouvent encore debout et défendues par les hommes distingués, qui les premiers leur ont donné le jour, que la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, animée du désir de délivrer notre pays du triste fléau dont il est accablé depuis un quart de siècle, fit un appel à tous les médecins praticiens capables de faire des recherches sur cette grave maladie.

Dans l'espoir d'obtenir un travail basé sur des faits, qui en résumant tout ce qui a été écrit sur cette maladie, aurait refuté toutes les opinions fausses, rétabli dans leur véritable jour les faits mal interprêtés, et fait paraître dans tout son éclat la vérité qu'on cherche depuis si longtemps sur cette terrible affection, et dans lequel par conséquent les faits et les arguments auraient été présentés de telle manière que pour quiconque aurait lu ce travail, il ne serait plus resté le moindre doute sur les causes, la nature, le mode de propagation de la maladie et les moyens de l'extirper et d'en prévenir le retour; la Société mit au coucours la question suivante :

« *Décrire les causes, les symptômes, la nature et le traitement de l'ophthalmie qui règne dans l'armée.* »

« La Société désire que les concurrents s'attachent spécialement à la partie prophylactique de la question, et qu'ils appuient leurs opinions de faits authentiques et concluants. »

Une médaille de la valeur de quinze cents francs devait être la récompense de celui qui répondrait d'une manière concluante à cette question.

Trois mémoires sont parvenus en réponse à la question. Nous allons vous donner une analyse détaillée de chacune de ces mémoires.

MÉMOIRE N° 3, PORTANT POUR DEVISE :

Quæque miserrima vidi et quorum pars magna fui.

L'auteur dans une espèce d'introduction, donne un aperçu fort incom-

plet des ouvrages publiés par des médecins belges, sur l'ophthalmie de l'armée, en commençant par celui de M. Kluyskens, jusqu'à celui de MM. Fallot et Varlez inclusivement.

Dans la première partie, qui est consacrée à l'histoire du développement de l'ophthalmie dans les armées européennes, dès 1708 jusqu'à ce jour, il déclare que s'il voulait faire un traité complet de l'ophthalmie des armées, il lui serait facile de prouver que dès la plus haute antiquité, les corps militaires furent attaqués par des ophthalmies épidémiques et contagieuses. Mais devant répondre à une question toute palpitante d'intérêt et d'actualité, il se bornera à établir son point de départ dès 1798.

Dans cette partie, l'auteur par des faits rapportés par la plupart des praticiens qui ont écrit sur la matière, s'attache à prouver que l'ophthalmie est endémique en Égypte; il en recherche les causes probables, d'après les médecins français qui ont fait partie de l'expédition mémorable; celle-ci est, selon lui, la cause de l'ophthalmie dans nos contrées.

Le but principale de cette partie du mémoire paraît être de prouver que l'ophthalmie qui afflige en ce moment notre armée, n'est qu'une continuation de celle qui a été rapportée d'Égypte par les armées française et anglaise; à cet effet, il rapporte les observations citées par Edmouston, Mac-Gregor, Adams, qui tendraient à prouver que la maladie s'est étendue en Angleterre de l'armée aux classes bourgeoises.

Comme dans tout ce chapitre l'auteur ne fait que répéter des faits généralement connus et qui ont servi de base à l'opinion de ceux qui ont regardé l'ophthalmie comme originaire d'Égypte, nous pensons que ce travail ne convaincra pas plus ceux qui sont d'une opinion contraire que ne l'ont fait les nombreux ouvrages qui ont été écrits antérieurement et dans lesquels la plupart des faits rapportés par l'auteur, se trouvent également consignés.

L'auteur consacre la seconde partie de son ouvrage à prouver une chose qui n'est contestée par personne, et qui même est reconnue par les médecins de toutes opinions, c'est-à-dire que l'ophthalmie purulente qui a régné dans différentes armées, est identique à celle qui règne encore en ce moment en Belgique. A cet effet il donne la description : 1° de l'opthalmie d'Égypte d'apès Assalini, Bruaud, Savaresi et Larrey; 2° de l'épidémie ophthalmique observée en Angleterre par Wetch; 3° de l'ophthalmie d'Ancône d'après Vasani; 4° de l'ophthalmie des troupes napolitaines et siciliennes d'après Portal; 5° enfin, de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge. L'auteur fait une bonne description de tous les degrés de l'ophthalmie; mais comme la symptomatologie est le point pratique de l'ophthalmie, qui offre le moins de disparité dans les opinions, cette description diminue d'importance.

L'auteur passe ensuite à l'étude des symptômes; dans cette étude, il reconnaît avec Graefe, Jüngken et plusieurs autres auteurs, trois caractères différents à la sécrétion selon la période de la maladie, tantôt séreuse (hydrorrhée), tantôt muqueuse (phlegmatorrhée), et enfin purulente (pyorrhée).

L'auteur s'occupe également des granulations; il partage, dit-il, complétement l'opinion d'Eble, sans alléguer aucun motif de la préférence qu'il accorde à cette opinion, ni de son éloignement pour les autres opinions qui ont eu des partisans d'une autorité aussi grande que celle d'Eble. Ce point,

un des plus importants et des moins éclaircis, valait bien la peine, nous paraît-il, qu'on s'en occupât avec soin, que par des expériences on recherchât la véritable nature de ces altérations de la conjonctive, qui sont reconnues par tout le monde, comme étant le germe de la maladie. Il regarde les granulations comme une pomme de discorde, que les médecins militaires se sont disputée avec une véhémence sans égale. Ce point étant un des plus importants qui aient rapport à notre maladie, il est naturel que plusieurs médecins se soient occupés d'en rechercher la nature, aussi ne devons-nous pas nous étonner que dans un sujet aussi délicat, les avis soient partagés, mais nous doutons fort que l'auteur parvienne (comme il le prétend,) à mettre les médecins d'accord en leur prouvant qu'au IIIe siècle de notre ère, les granulations étaient déjà connues.

L'auteur cherche ensuite à prouver ce qui est encore admis par tous les ophthalmologues; que les granulations existent dans toutes les blennorrhées de l'œil.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que l'auteur a constaté à différentes reprises, l'existence d'une espèce particulière d'*acarus*, dans la période pyorrhoïque de la plupart des ophthalmies purulentes.

Dans la troisième partie, l'auteur examine la nature et les causes de l'ophthalmie de l'armée belge; il considère la maladie comme une conjonctivite très-grave, qui passe rapidement aux phénomènes pyogéniques. Elle appartient à la forme catarrhale, parvenue au summum de son développement. Si la maladie est une simple conjonctivite catarrhale, il nous paraît que l'auteur aurait pu s'épargner la peine qu'il s'est donnée pour prouver qu'elle nous vient d'Égypte, et que sans cette expédition, notre armée n'en aurait jamais été affligée.

L'ophthalmo-blennorrhée peut, d'après l'auteur, reconnaître une infinité de causes productrices; les principales sont : les grandes vicissitudes atmosphériques, les fatigues et les privations, suites inévitables de la guerre.

On a, dit l'auteur, pensé à tort que la gale pouvait occasionner l'ophthalmo-blennorrhée; il regarde cette influence comme toute spécieuse. Il nous paraît que l'auteur tout en rejetant cette influence dans cette partie de son travail, n'est pas très-éloigné de l'admettre dans un autre endroit, lorsqu'il découvre des acarus dans la plupart des ophthalmies purulentes, et lorsqu'il regarde chaque granulation, de même que celle de la gale, comme le résultat d'un soulèvement du *sarcopte*.

L'auteur reconnaît comme une cause bien plus réelle et plus productrice de l'ophthalmo-blennorrhée, la coupe intempestive des cheveux. A l'appui de cette opinion, il cite le 5e régiment de la garde royale de Charles X, où l'ophthalmo-blennorrhée se montra fréquemment après qu'on leur eût coupé les cheveux.

L'auteur cite en faveur de cette cause, le fait suivant :

Lorsqu'on mena à la maison de refuge les orphelins atteints du choléra, on leur fit couper les cheveux, et l'on procéda à un débarbouillement général; ces deux opérations furent immédiatement suivies d'un coryza général qui se termina promptement par une ophthalmo-blennorrhée très-grave, que l'auteur a comparée avec soin à la maladie de l'armée belge, et dont l'idendité ressort d'un travail publié *ad hoc*, par le docteur Bourjot de St-Hilaire.

L'auteur sentant probablement que ces faits sont en opposition avec ce qu'il a avancé antérieurement sur l'origine égyptienne de notre ophthalmie, termine ce chapitre en disant que la coupe des cheveux ne doit être considérée que comme un élément tendant à produire un état catarrhal. Il nous paraît que si l'ophthalmie nous vient d'Égypte, et si sans cette expédition nous eussions dû en être préservés, aucune autre cause ne doit être en état de la produire, ou bien si elle se développe spontanément chez nous, pourquoi insister tant pour nous prouver qu'elle nous est venue d'Égypte.

La nourriture, d'après l'auteur, joue aussi un grand rôle dans la production de l'ophthalmie. Le soldat doit manger de la viande. La nourriture exclusivement végétale prédispose aux inflammations de la conjonctive. L'auteur cite à l'appui de cette opinion, deux faits : en Russie on a remarqué que l'ophthalmie n'attaquait pas les soldats de la marine à Sébastopol, tandis qu'elle faisait de grands ravages dans l'armée de terre. On pouvait presque attribuer cette immunité à la plus grande quantité de viande distribuée aux marins, et accompagnée de fortes rations d'eau-de-vie. Il est inutile de faire remarquer que ce fait est en opposition avec l'opinion généralement admise sur l'influence des boissons alcooliques dans l'ophthalmie.

En 1816 il exista dans plusieurs parties de la France et du Piémont, une disette, suite inévitable de deux invasions. Les dernières classes de la société se nourrirent de grains avariés, de pommes de terre gelées, d'herbes cuites; sous l'influence de ce régime, l'on vit apparaître une grande quantité d'ophthalmies purulentes, qui provoquèrent de la part de l'intendance sanitaire Sarde, une enquêtedans laquelle ces faits sont mis en lumière.

L'auteur en examinant l'opinion de M. Van Honsebroek qui attribue l'ophthalmie à l'emploi des diverses substances destinées à entretenir la propreté des effets militaires, dit que si M. Van Honsebroek eût réfléchi que toutes les armées européennes employent les mêmes substances, et que la plupart d'entre elles sont exemptes d'ophthalmies, il ne se fût pas tant pressé de proclamer sa découverte. Ne serait-on pas en droit d'adresser à l'auteur les mêmes observations qu'il adresse à M. Van Honsebroek?

Il considère avec M. Jüngken, l'ophthalmie de l'armée belge, comme une blennorrhée de l'œil, douée d'une qualité contagieuse très-prononcée, mais il ne croit pas qu'il faille une réunion de certaines circonstances pour la rendre miasmatique, car une seule suffit, l'encombrement.

L'auteur se demande quelle est la nature de ce principe contagieux? Est-ce un virus spécifique importé d'Égypte? il répond que l'origine égyptienne n'est pas indispensable pour établir la transmissibilité; car il admet avec l'illustre Chaussier, que toutes les sécrétions purulentes des muqueuses sont susceptibles de se transmettre par contact immédiat. Comme il est reconnu par l'expérience de Graëfe qu'à l'état de pyorrhée, la maladie est toujours contagieuse, et que cette propriété est d'autant plus prononcée que la maladie est plus près de son summum, cette contagion peut alors s'exercer par inoculation ou à distance, c'est-à-dire par infection. C'est en vertu de ces faits que l'auteur dit avec Jüngken que la principale cause pour laquelle l'ophthalmie continue à régner dans l'armée belge, c'est parce qu'il existe dans cette armée un grand nombre de soldats porteurs de granulations.

Au milieu du conflit général qu'a fait surgir la nécessité de rechercher les causes productrices de l'ophthalmie, deux grands partis restent en présence. Le premier est celui des partisans de la contagion, qu'on a nommés contagionistes, l'autre est représenté par ceux qui voient dans la compression la cause unique de la maladie, ce sont les compressionistes.

Dans le quatrième chapitre, consacré à l'examen de la doctrine de la contagion, l'auteur reconnaît à l'ophthalmie la propriété de se transmettre par contagion et par infection. Il prouve que l'ophthalmie présente tous les caractères des autres maladies contagieuses, et appuie son opinion sur plusieurs faits empruntés à Omodéi, Mac-Gregor, Farrell, Lepage, Sirey, François, Vanonsenoort, etc.

Doctrine de la compression. — L'auteur, pour combattre la compression, rapporte ce que le baron Percy a écrit sur l'influence de la compression sur les jeunes recrues; les militaires dans ce temps étaient plus serrés en France qu'ils ne l'étaient dans l'armée des Pays-Bas, et l'ophthalmie n'y existait pas; il cite en outre plusieurs faits rapportés dans l'ouvrage de MM. Fallot et Varlez. L'auteur conclut qu'il reste évident pour tout esprit observateur, que la compression est à peine une cause prédisposante pour l'ophthalmie. L'auteur en terminant ce chapitre, rapporte une partie des sorties violentes dont l'Inspecteur-général du service de santé a été l'objet dans ces derniers temps, de la part de quelques médecins de l'armée.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DES ARMÉES.

Mesures générales. — Aussitôt qu'un militaire est reconnu atteint d'ophthalmie commençante, il faut se hâter de l'envoyer à l'hôpital, où il sera placé parmi les ophthalmies légères, et jamais au milieu des purulentes.

On lui fera prendre immédiatement un bain tiède, dans de l'eau acidulée avec de l'acide sulfurique, ou de l'acide citrique; on lui lavera le corps avec une éponge. — Chaque lit sera muni d'une petite éponge de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un cylindre en verre échancré pour les ablutions, de petits linges pour s'essuyer, enfin d'une séringue en os, ayant un bec plat, en forme de bec de flageolet.

Lorsque le malade est amené dans un état assez avancé pour qu'on ne puisse plus lui faire prendre un bain, il faut lui faire laver les pieds, les mains, les yeux et la figure avec de l'eau acidulée.

Chaque malade devra être muni d'un garde-vue en carton papier bleu-gris. — L'infirmerie sera bien aérée et sans encombrement.

Après ces mesures générales, l'auteur expose le traitement médical comme suit.

Dans le traitement de l'ophthalmie des armées, il faut distinguer deux indications : le traitement des symptômes primitifs et celui des symptômes secondaires.

L'expérience acquise par tous les médecins contemporains, a prouvé jusqu'à l'évidence, l'efficacité du traitement antiphlogistique; car sans tenir compte des causes spécifiques et contagieuses, il faut avant tout arrêter les progrès inflammatoires et prévenir les désordres qui en sont la suite.—

Aux évacuations sanguines il faut joindre l'emploi des médicaments qui agissent directement sur le stimulus et l'inflammation.

La saignée est nécessaire toutes les fois que le malade est pléthorique, disposé aux congestions, ou lorsque la maladie se développe avec une certaine intensité. — Il faut toujours que les saignées soient abondantes, et poussées jusqu'à la syncope.

Lorsqu'il est nécessaire d'avoir recours aux évacuations locales, il faut, quand on le peut, préférer les ventouses scarifiées appliquées, selon la méthode anglaise, aux tempes, à la nuque, aux apophyses mastoïdes.—L'auteur préfère les ventouses aux sangsues, parce que non-seulement les ventouses sont moins douloureuses, mais encore parce que leur résultat est plus sûr.

Toutefois il ne faut pas se dissimuler que les évacuations sanguines ne suffisent point pour arrêter les mouvements exagérés du cœur. Grâce aux travaux de Rasori, Bourda et Laënnec, l'on sait que le tartre émétique est doué d'une faculté contre-stimulante très-énergique, et qui produit le résultat désiré dans les cas où les saignées sont insuffisantes ou bien lorsque l'idiosyncrasie particulière des sujets ne permet pas de les employer. Vasani en fit usage avec le plus grand succès à haute dose; Adams se servit de ce médicament et lui dut ses principaux succès. L'auteur a employé bien souvent cette méthode dans diverses espèces d'ophthalmies avec un avantage remarquable.

Lorsque les évacuations sanguines n'arrêtent pas les symptômes et que l'on ne se décide pas pour l'administration du tartre stibié à haute dose, il faut recourir à l'usage du calomel à haute dose, il faut en sursaturer l'économie, et ne pas craindre la mercurialisation qu'on peut toujours dompter; Portal de Palerme déclare positivement que ce médicament fut dans l'ophthalmie de Palerme, une véritable panacée. On peut en porter la dose à un demi-gros par jour.

Pendant longtemps les hommes de l'art n'osèrent point porter sur les muqueuses enflammées, des substances actives pour modifier la forme de l'inflammation. — L'auteur à l'exemple de Rasori et de Vasani, a employé les collyres de tartre stibié dans un grand nombre d'ophthalmies purulentes, sans qu'il ait jamais déterminé un seul accident.

L'auteur s'occupe ensuite du traitement des symptômes qu'il examine dans l'ordre suivant :

1° *La rougeur et le gonflement de la conjonctive.*

Il est peu d'hommes livrés à l'exercice de l'ophthalmologie qui ne soient convaincus plusieurs fois dans leur vie que les saignées générales portées même au *summum,* ne sont pas suffisantes pour détruire l'inflammation locale : on tuerait plutôt le malade que de faire cesser la rougeur et le gonflement. Il devient alors nécessaire de combattre l'état de la conjonctive par un traitement direct. — L'auteur a vu dans le service de M. Piorry, réussir plusieurs fois la méthode arabe, consistant dans la compression de l'œil.—Les médecins anglais se sont très-bien trouvés de l'emploi de l'eau de Bates.—L'eau acidulée avec le jus de citron réussit très-bien au docteur Farrell.—Le capitaine du négrier *la Mystérieuse* employa avec avantage la dissolution de suie aiguisée avec du vinaigre de bois.

Quant l'ophthalmie est à sa première période on peut même débuter par des astringents.

C'est dans les mains des Anglais que la méthode d'arrêter brusquement l'inflammation, a pris naissance. Elle consiste dans l'emploi de solutions de nitrate d'argent à doses très-élevées.—Par ce moyen on tue la maladie sur place en mortifiant la conjonctive et en détruisant la circulation locale. — Si la conjonctive est un peu élevée, il faut, au moyen d'excision de morceaux de la conjonctive, procurer un dégorgement local. Quand l'écoulement sanguin est tari, il faut porter le nitrate d'argent en nature sur la conjonctive boursouflée et la cautériser totalement. Une fois les accidents d'étranglement et de pyorrhée détruits, il faut s'occuper de maintenir la conjonctive dans l'affaissement pour y empêcher la formation des granulations; l'auteur a eu de très-bons résultats en injectant plusieurs fois par jour dans l'œil, quelques gouttes de la mixture suivante :

Pr.	vinaigre de bois. . . .	℥iv.
	extrait de suie lavée. . .	ʒiij.
	laud. de Jaeger. . . .	ʒi.

2° *Renversement aigu des paupières.*

Le renversement aigu, ectropion sarcomateux, est presque toujours l'origine de la formation des granulations; aussi doit-on chercher à le combattre avec la double intention d'enlever le mal existant et de prévenir un mal futur.—Il faut chercher à réduire les paupières comme on le fait pour l'ophthalmie des nouveau-nés, puis, si les douleurs et l'état de l'œil le permettent, on peut tenter la compression, au moyen de gâteaux de coton cardé.—Si cette opération ne réussit pas, il faut alors recourir à l'excision de la muqueuse. L'auteur a employé cette méthode plusieurs fois avec succès, mais en changeant le mode opératoire habituel; il pratique sur la muqueuse ectrophiée, de petites incisions perpendiculaires, comme Dupuytren le faisait pour exciser la muqueuse de l'intestin rectum *prolapsé.*

3° *Douleur et insomnie.*

Quand des douleurs intrabulbaires s'étendant dans la face et dans les mâchoires, se déclarent, il est important de les calmer, car elles ne tardent pas à influer sur le cerveau et à produire du délire. Un des meilleurs moyens est l'eau froide, appliquée en compresses sur l'œil. Vasani eut recours aux bains généraux d'eau froide. L'auteur n'a jamais fait usage de ce moyen, mais il le croit très-convenable.

—L'auteur a en outre une grande confiance, que l'expérience lui a donnée, dans l'administration de l'opium.

4° *Tension du globe de l'œil et rupture de la cornée.*

Le soulagement qui survient après que la cornée s'est déchirée, a conduit Wardrop à procurer le même soulagement à ses malades, en évacuant artificiellement l'humeur aqueuse. — Cette opération peut être réitérée plusieurs fois, sans danger, ainsi que l'auteur a pu s'en convaincre en plusieurs circonstances.

TRAITEMENT DES GRANULATIONS.

On a proposé un grand nombre de moyens pour guérir les granulations de la conjonctive palpébrale. Les principaux sont : la cautérisation et l'excision, ces deux moyens combinés, et la compression. L'emploi des caustiques est très-ancien, déjà Celse et Rhazès avaient traité les ectropions sarcomateux par les escharotiques.—Vetch proposa de promener sur la conjonctive granuleuse, un crayon de sulfate de cuivre; ce moyen ne fournissant pas de résultats avantageux, ou assez prompts, on recourut au nitrate d'argent promené rapidement, car c'est plutôt en modifiant la vitalité des tissus qu'en les détruisant que la pierre infernale produit son effet.—C'est à l'emploi exagéré du caustique comme moyen de destruction et non de modification, que l'on a eu un grand nombre d'accidents quoiqu'en dise M. Loiseau : (que l'auteur ne croit pas sur parole). L'auteur a constaté bien des cas de ce genre non-seulement en Belgique, mais encore dans l'hôpital de Greenwich et au Chelsea Azylum. — L'adhérence du globe de l'œil à la paupière peut être aussi le résultat de la cautérisation.—Les cautérisations profondes en détruisant le corps mucipare, donnent à la conjonctive une raideur qui peut facilement dégénérer en xérophthalmie, l'œil devient alors le siége d'un frottement incommode, qui tend constamment à le congestionner.

On ne doit point croire que l'auteur ait l'intention de faire le procès aux caustiques, au contraire, il en est très-partisan, mais il veut signaler les dangers de la méthode exagérée dont M. Loiseau fait usage.

Guthrie arrive au même résultat en employant l'acide sulfurique pur.— L'auteur propose contrairement à M. Loiseau, de *cautériser légèrement et d'enlever le caustique avec de l'eau.*— La méthode de cautérisation suivie par M. Cunier, lui paraît supérieure au procédé de Guthrie, elle consiste à employer l'acide phosphorique, qui possède les avantages suivants :

1° Mis en contact avec les membranes muqueuses, il y détermine une inflammation vive, prompte et peu durable.

2° Si son action n'est pas prolongée, son degré de causticité, quoique énergique, ne donne lieu qu'à des eschares superficielles.

3° Mis en contact avec de l'albumine et de la fibrine, il les dissout complétement.

La *cautérisation* produit souvent le sclérome de la paupière, la ficcosité, la contracture des tarses, enfin l'oblitération des points lacrymaux.

Excision. — Elle est loin d'être nouvelle, ce furent Saunders et Adams qui lui donnèrent une grande vogue; M. Lutens a surtout insisté dans ces derniers temps, sur cette méthode de détruire les granulations. Pour tâcher de la faire prévaloir, il a cherché à établir une distinction à laquelle il paraît attacher une grande importance, savoir : si les granulations existent avec hypertrophie ou sans celle-ci. Dans le premier cas, l'excision doit comprendre à la fois la membrane et les végétations, tandis que dans le second, la conjonctive doit être respectée.

Wetch a observé que les excisions profondes de la conjonctive produisent des altérations analogues à celles que l'auteur a signalées pour la cautéri-

sation énergique.—M. Cunier a affirmé au docteur Carron du Villards que l'excision n'avait pas produit tous les avantages qu'on lui attribue. Si Sannders et Adams en ont obtenu des résultats extraordinaires, c'est qu'ils ne faisaient que tendre la conjonctive, à la surface; le dernier n'employa jamais l'excision seule, il lui adjoignait toujours l'introduction entre les paupières, de sa pommade escharotique.

Lorsque les cautérisations légères ne sont pas suffisantes, il faut combiner ensemble la cautérisation et l'excision. C'est la méthode qu'employait avec beaucoup de succès, MM. Sanson, Cunier et Carron du Villards. L'auteur ne doute point que cette manière de faire ne finisse par devenir la seule en usage.

Le traitement des granulations doit toujours être secondé par une méthode curative interne, de nature à modifier les sécrétions anormales qui accompagnent toujours les métamorphoses de la conjonctive. Les préparations ferrugineuses, le poivre de cubèbe, le baume de copahu, de tolu et l'essence de térébenthine, sont les médicaments qui ont fourni les résultats les plus avantageux.

L'auteur du mémoire ayant reconnu que la présence d'une bougie dans le canal de l'urètre, finissait toujours par détruire les granulations dont la muqueuse était le siége, fit l'application de ce procédé aux granulations des paupières en plaçant entre celles-ci et le globe oculaire, des cuvettes en caoutchouc ou en ivoire rendu flexible, il obtint d'heureux résultats.

Pannus.—Pour interrompre la marche du pannus aigu, il faut arrêter le cours du sang dans les vaisseaux nourriciers : on y arrive en excisant les vaisseaux qui s'y rendent. On y arrive plus promptement en appliquant le cautère circulaire du professeur Sanson. La destruction des granulations de la paupière supérieure peut seule faire cesser le pannus qui en dépend.

Ulcères de la cornée.—Les ulcères de la cornée dans l'ophthalmie militaire, sont presque toujours dûs à l'étranglement. Toutes les fois qu'ils sont accompagnés de chémosis, il faut exciser celui-ci, lorsqu'ils sont perforants, il faut arrêter le progrès ulcératif par l'application du nitrate d'argent.

CONCLUSION.

De tous les faits antérieurement rapportés, l'auteur croit pouvoir conclure que :

1° L'ophthalmie de l'armée belge est une ophthalmo-blennorrhée, de nature contagieuse;

2° Elle est complétement identique avec l'ophthalmie égyptienne, et celle qui a régné dans toutes les armées européennes depuis le retour des armées française et anglaise en Europe;

3° Dès que l'on admet sa qualité contagieuse, rien n'est plus facile que d'établir son origine égyptienne ;

4° Enfin, on peut appliquer à sa destruction les mêmes moyens que l'on emploie pour empêcher la propagation des autres maladies contagieuses.

Avant d'examiner les moyens capables de détruire l'ophthalmie dans l'armée belge, l'auteur veut répondre à la question si souvent posée de savoir pourquoi l'ophthalmie a cessé de régner dans l'armée française. Rien n'est plus facile, selon l'auteur, que la solution de cette question. En effet, lorsque l'armée française rentra dans ses foyers, elle se composait de régiments français et italiens. Ces derniers avaient été plus maltraités par la maladie, et furent dirigés sur l'Italie, où ils l'apportèrent; comme l'auteur l'a montré, l'ophthalmie n'a cessé de régner jusqu'en 1826. Tandis que les aveugles et les granulés français avaient été embarqués sur un convoi spécial et qu'ils firent tous naufrage ou furent massacrés sans pitié sur les côtes inhospitalières de la Sicile. Ainsi d'un seul coup fut anéanti le foyer de transmission qui eût sans contredit propagé la maladie en France, comme les aveugles et les granulés ramenés en Angleterre, la répandirent dans le Chelsea Azylum, et dans les villes d'Angleterre qui reçurent les ophthalmistes. Aujourd'hui l'armée française est exempte de la maladie sur le continent, mais déjà plusieurs épidémies se sont manifestées dans l'armée d'Afrique.

D'un autre côté, il résulte d'un rapport comparatif fait par M......, que le soldat français est dans des conditions hygiéniques plus favorables que le soldat belge.

1° Sous le rapport du casernement;

2° Sous celui de l'habillement;

3° Sous celui de la nourriture;

4° Sous celui du coucher isolé;

5° Les militaires français ont une vie plus variée; car dans les casernes, ils s'adonnent à l'escrime, à la gymnastique, à la danse, au pugilat et à l'exercice du bâton;

6° Ils vivent moins dans une atmosphère de tabac dont les vapeurs âcres sont bien de nature, par leur impression habituelle, à prédisposer à l'ophthalmie, et à l'entretenir quand elle existe;

7° Enfin, le vin d'un usage fréquent pour le militaire français, dans le Midi surtout, semble avoir des qualités hygiéniques bien supérieures à celles de la bière.

L'auteur donne enfin les mesures hygiéniques pour l'extinction de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge.

Il faut multiplier les officiers de santé, afin qu'ils soient en nombre suffisant pour inspecter plusieurs fois par jour, les hommes sains ou qui paraissent l'être. Cette inspection doit être minutieuse : on doit considérer comme douteux tout individu dont la conjonctive n'est pas lisse et polie.

Tout individu douteux sera envoyé dans un lazaret de quarantaine.

L'auteur ne saurait trop s'élever contre la mesure proposée par M. Jüngken, de renvoyer dans leurs foyers les soldats malades, parce qu'ils transmettront la maladie à leur famille.

Les lazarets seront composés de trois services différents : 1° Les suspects; 2° Ceux atteints de la maladie; 3° Les convalescents. Il sera même indispensable de faire un hôpital spécial de convalescents, ainsi que cela se fit en Sicile.

Il sera nécessaire que ces trois catégories d'ophthalmistes n'aient aucune

communication entre elles ; mesure qui ne peut obtenir d'exécution qu'au moyen de factionnaires, de plantons, exerçant une consigne sévère.

Les ophthalmistes ne seront jamais placés dans les salles des blessés.

Il faut lorsqu'on revient de l'exercice, ramener le régiment en ralentissant le pas, puis, lorsqu'il est dans la caserne, le faire promener encore quelque temps, afin d'empêcher les refroidissements, comme on le fait pour les chevaux. Afin de s'opposer ces refroidissements subits, on aura soin que les fenêtres soient fermées, que les soldats ne se déshabillent point, ni ne se lavent à l'eau froide.

Il sera de toute nécessité de faire coucher les soldats dans des lits séparés, et de diminuer l'encombrement des salles.

Dans chaque garnison on construira un bain de vapeur humide, dans lequel 50 soldats pourront au moins se masser, se décrasser et entretenir la peau dans un état de vitalité convenable.

Placer dans les salles des casernes, des fontaines, afin que les soldats ne soient pas obligés d'aller se laver à la pompe.

On ferait des distributions de vinaigre pour rendre cette eau acidulée, et chaque soldat serait muni d'un essuie-mains à son usage exclusif.

Tous les malades des corps seront dirigés sur le lazaret : celui-ci sera administré par un officier de santé supérieur qui tracera les formes de traitement à suivre ; ce dernier sera imposé d'office et basé sur les méthodes qui auront fourni les résultats les plus avantageux.

On ne renverra les malades au corps que lorsqu'ils seront complétement guéris.

Leurs habillements recevront une désinfection à étuve chaude.

Assainir les casernes, et mieux encore en construire de nouvelles ; cette mesure occasionnerait, il est vrai, un surcroît de dépenses, mais c'est un placement qui une fois fait, diminuera singulièrement les dépenses qu'occasionne journellement l'entretien d'un grand nombre de soldats malades.

L'analyse détaillée que nous venons de faire de ce mémoire, aura, pensons-nous, Messieurs, suffisamment fait voir les nombreuses lacunes qu'on y rencontre ; la manière légère avec laquelle l'auteur a passé sur une foule de questions importantes, et l'absence de faits en faveur d'un grand nombre de propositions qu'il soutient, et des traitements qu'il préconise. Nous croyons pouvoir nous abstenir de prouver davantage que le mémoire est loin d'avoir le mérite nécessaire pour faire atteindre à la Société le but qu'elle s'est proposé.

MÉMOIRE N° 1, PORTANT POUR DEVISE :

« *Dira per incautum serpent contagia vulgus.* »

L'auteur dans une introduction, déclare que témoin des ravages de l'ophthalmie, depuis que cette maladie a éclaté dans l'ancienne armée des Pays-Bas, et constamment acteur dans ce long et pénible drame, il dira ce qu'il a vu, ce qu'il a fait et les conséquences qu'il a tirées de ses observations et de ses recherches. Il ne veut pas répéter ce qui a été dit tant de fois, faire

un livre avec des livres, mais rapporter des faits qui pour la plupart, se sont passés sous ses yeux, et présenter d'une manière claire et concise, les résultats de ses méditations et de son expérience.

CHAP. I. — DES CAUSES DE L'OPHTHALMIE.

L'auteur part d'une observation qui a été faite souvent, c'est-à-dire que de deux régiments d'infanterie rassemblés dans une même garnison, l'un renferme un grand nombre de soldats portant aux conjonctives palpébrales des altérations granuleuses, et l'autre fournit à peine quelques-unes de ces altérations le premier est en butte à chaque instant aux ravages de l'ophthalmie, tandis que l'autre n'en offre que quelques cas rares. Et cependant, remarque l'auteur, tous ces soldats portent les mêmes vêtements, sont soumis aux mêmes lois, aux mêmes devoirs, aux mêmes habitudes. A quoi tient une pareille différence? L'auteur en examinant cette question, fait observer que lorsque deux corps parfaitement semblables, présentent une telle dissemblance sous un rapport seulement, il lui paraît peu rationnel d'en assigner la cause à des conditions qui leur sont communes à tous deux. Il pense au contraire, qu'il est nécessaire qu'il existe ou qu'il ait existé entre eux certaines différences, pour que le mal se soit ainsi enraciné dans l'un, et laisse l'autre dans une complète immunité. Ces différences sont devenues l'objet principal des recherches de l'auteur, et une foule de faits n'ont pas tardé de confirmer ses soupçons, et de faire cesser son incertitude.

Les faits qui se présentent en grand nombre dans notre armée, font entrevoir qu'une différence de position peut établir une extrême dissemblance entre les corps de la même arme, et il démontre dans la suite que des agglomérations trop fortes de soldats, parmi lesquels il s'en trouve toujours un nombre plus ou moins grand qui portent aux conjonctives palpébrales des granulations, deviennent dans certaines circonstances, des foyers d'infection, au milieu desquels l'ophthalmie ne se déclare pas toujours immédiatement, mais qui éveillent, propagent, perpétuent le germe de cette maladie, c'est-à-dire les granulations qu'il regarde comme la véritable cause prédisposante de l'ophthalmie de l'armée. Cette prédisposition est inégalement répartie dans les corps, suivant la position où ils se sont trouvés, et elle rend sans cesse imminent le retour de la maladie parmi ceux chez lesquels elle existe à un certain degré. Telle est pour l'auteur la source de l'ophthalmie.

Dans ce chapitre, l'auteur traite avec un talent vraiment remarquable l'influence de l'encombrement sur la propagation de l'ophthalmie dans l'armée, lorsqu'il existe des cas de granulations. La partie consacrée à cette discussion, forme le principal mérite du travail. La manière dont a été traité ce sujet dont la vérité n'est contestée par personne, fait regretter que l'auteur n'ait pas senti toute l'importance de plusieurs questions relatives à notre ophthalmie, mais qui, malheureusement, n'ont pas été éclaircies comme celle qu'il a traitée dans ce chapitre, afin qu'il eût pu faire d'elles

également l'objet de ses recherches, et leur donner le même soin qu'à celle de l'encombrement.

L'auteur sans rejeter la contagion immédiate, croit que les faits de cette nature sont bien rares, et que la voie principale et presque la seule, est celle par infection, singulièrement favorisée ou même provoquée par l'encombrement.

Il ne croit pas que des miasmes capables de reproduire l'ophthalmie, restent fixés aux localités. Sous l'ancien gouvernement l'opinion contraire avait quelque chose de vraisemblable. L'ophthalmie régnait particulièrement dans quelques garnisons, désolait constamment les troupes qui occupaient certaines casernes; mais à cette époque l'armée ne faisait aucun mouvement; les garnisons restaient presque toujours les mêmes, et la contre-épreuve ne pouvait guère être établie. Depuis que les mouvements des troupes sont devenus fréquents, l'auteur a eu de nombreuses occasions de se convaincre que les craintes que l'on avait alors, ne sont nullement fondées.

L'auteur remarque que des ophthalmies peuvent se montrer dans des casernes, des tentes, des barraques, quoiqu'elles soient bien disposées, assez vastes et convenablement occupées, sans encombrement. Dans ces cas, ce n'est pas dans ces casernes, dans ces tentes, dans ces barraques, que le corps, malade de l'ophthalmie, en a pris le germe, c'est antérieurement, c'est ailleurs que ce germe s'est propagé parmi les soldats, et ils la portaient lorsqu'ils sont venus les occuper.

L'agglomération n'est donc pour rien ici, ou du moins elle est pour peu de chose dans le développement de la maladie; ce sont les causes occasionnelles qui dans ce cas, l'éveillent.

L'ophthalmie ne règne pas dans l'armée française; il suffit, dit l'auteur, d'un simple examen comparatif du mode de casernement de cette armée et de la nôtre, pour en découvrir la raison. En France, les chambres des casernes sont disposées de manière à ne contenir que 10, 12, 15, ou 20 hommes, la distance d'un lit à un autre est fixée à 75 centimètres, et jamais elle n'est moins de 50. En Belgique au contraire, on voit dans les casernes, des chambres qui contiennent 30, 40, 50 lits et quelquefois un bien plus grand nombre encore; et naguère les lits étaient si serrés, que la circulation même y devenait un problème. Si l'on remarque après cela, qu'il existe partout dans la nôtre, des hommes qui portent des granulations palpébrales, qui se reproduisent sans cesse et avec tant de facilité sous l'influence de l'encombrement, on ne s'étonnera plus que l'ophthalmie qui débute par ces altérations, règne dans notre armée à l'exclusion de celle de nos voisins du sud.

L'auteur nous apprend que l'ophthalmie n'est pas sans y faire apercevoir quelquefois de ses traces, lorsque les fâcheuses conditions qu'il vient de signaler, y font sentir leur influence; mais comme ces conditions sont rares, que les mêmes troupes ne les rencontrent plus ailleurs, elle reste bornée aux localités où elles se sont fortuitement présentées.

Ce fait qui tendrait à prouver que l'ophthalmie apparaît quelquefois spontanément dans l'armée française, serait de la plus haute importance, s'il était constaté, et mériterait, nous semble-t-il, de fixer l'attention de tous nos médecins qui font de l'ophthalmie de notre armée l'objet de leurs études

et de leurs recherches. Nous sommes étonnés que l'auteur, après avoir, avec tant de talent, démontré la part de l'encombrement dans la propagation de l'ophthalmie, lorsqu'il existe des granulations, n'ait pas recherché jusqu'à quel point les causes hygiéniques propres aux soldats, favorisées par l'encombrement, sont en état de donner lieu au développement des granulations primitives. La solution de cette question que nous ne craignons pas de regarder comme une des plus importantes qui aient rapport à notre maladie, aurait jeté un grand jour sur des points fort peu approfondis jusqu'ici. Nous ne pouvons nous empêcher de faire une autre observation relativement au fait rapporté par l'auteur : il nous semble qu'en disant qu'en France le mal reste borné aux localités où les fâcheuses conditions qu'il a signalées (l'encombrement) se sont fortuitement présentées, il est un peu en contradiction avec ce qu'il disait il y a un instant. Dans ce cas, l'agglomération n'est pour rien dans le développement de la maladie, ce sont les causes occasionnelles qui dans ce cas l'éveillent. Si l'ophthalmie qui fait des apparitions en France, est semblable à la nôtre, c'est-à-dire si les hommes qui en sont ou en ont été affectés portent des granulations sur les conjonctives palpébrales, comment se fait-il que des régiments affectés de la maladie dans une certaine localité, voient le mal cesser lorsqu'ils se rendent dans une autre garnison? et l'ophthalmie ne se reproduit-elle pas chez eux, par la simple action des causes occasionnelles, comme elle semble le faire dans notre pays?

L'auteur se demande plus loin, pourquoi l'ophthalmie offre quelquefois des rémissions pendant une ou plusieurs années, pour renaître ensuite avec une nouvelle violence? Ces recrudescences tiennent probablement quelquefois aux constitutions médicales, question importante mais pleine de doutes et qui réclame encore de longues recherches.

La chaleur atmosphérique, reveille le travail morbide des altérations de la conjonctive palpébrale, active leur transmission, et renouvelle ainsi chaque année, le règne de l'ophthalmie; plusieurs causes viennent encore concourir à augmenter l'énergie de son action. Les plus puissantes sont : les fatigues excessives, le manque de repos des nuits, les veilles trop fréquentes. L'auteur en cherchant à prouver l'action de ces dernières causes, fait la remarque bien simple à laquelle, dit-il, on n'a pas assez fait attention. C'est que plus il y a de malades, ou d'ophthalmiques dans une garnison, moins il reste d'hommes sous les armes, or, à mesure que le nombre des malades augmente, les veilles deviennent plus fréquentes pour les restants; ces fatigues, ces veilles trop fréquentes, sont la cause occasionnelle la plus puissante de l'ophthalmie.

Les longues marches pendant les chaleurs de l'été, donnent aussi beaucoup de malades.

L'auteur a souvent remarqué que les temps orageux et notamment les grands vents d'automne, froids et humides, amènent beaucoup d'ophthalmies et que ceux mêmes qui se trouvent en traitement dans les hôpitaux, éprouvent en même temps sous l'influence de ces conditions atmosphériques, ou un acroissement des symptômes de leur maladie, ou des rechutes.

Les courants d'air, la poussière pendant les marches ou les exercices, la

station prolongée sur un sol blanchâtre, dont l'éclat fatigue les yeux, les excès de boissons alcooliques, malheureusement si communs dans notre pays, sont encore des causes déterminantes de l'ophthalmie.

Les hommes lymphatiques sont plus disposés à l'ophthalmie que les autres.

L'auteur ne pense pas que l'ophthalmie soit provoquée dans des vues coupables, par les militaires eux-mêmes, aussi souvent que le croient des médecins, et elle n'est pour rien dans le développement de ces nombreuses granulations.

On a émis une foule d'opinions sur la cause première de l'ophthalmie. On l'a attribuée à la mauvaise qualité de l'eau, ou de certains aliments, à l'abus des spiritueux, à la coupe des cheveux, aux intempéries de l'air, on en a fait une maladie nouvelle, une maladie épidémique, une dégénérescence de la gale, de la syphilis, du typhus, etc. Ce serait, dit l'auteur, perdre un temps précieux que de rentrer dans l'examen de ces opinions qui pour la plupart, ont été si souvent et si victorieusement refutées.

On a cru trouver la cause de l'ophthalmie dans la poussière produite par le blanc employé pour nettoyer certains effets d'habillement ou d'équipement; mais les nations qui font le plus grand usage de cette substance ne voyent pas pour cela régner l'ophthalmie dans leur armée.

L'auteur revenant aux granulations, se fait la question suivante : D'où sont venues ces altérations; quelle est leur origine première? il avoue qu'il n'en sait rien. On peut, dit-il, les regarder, si l'on veut, comme originaires d'Égypte. Quoi qu'il en soit, l'auteur ne s'en met guère en peine; le fait est que l'état granuleux des paupières existe, qu'il existe dans plusieurs armées de l'Europe, depuis le commencement de notre siècle, et que cette altération peut être regardée comme la cause prédisposante de l'ophthalmie qui désole notre armée.

L'auteur émet l'opinion que l'état granuleux de la conjonctive que laissent quelquefois à leur suite les ophthalmies catarrhales, prolongées, négligées ou mal traitées peut renouveller le mal, ou même devenir primitivement le germe de la maladie au milieu des fortes agglomérations d'individus.

L'auteur avait admis antérieurement et signalé dans un mémoire, comme cause prédisposante de la maladie, la gène de la circulation de la tète, résultant de la constriction du cou et du front, par la disposition vicieuse de la tenue. Cette opinion est si rationnelle et si physiologique que l'auteur l'a longtemps professée, mais surtout avec une certaine défiance que lui inspire constamment en médecine tout raisonnement qui n'a pas pour base des faits bien précis. Mais un examen plus attentif de la question et de l'état des choses depuis les modifications apportées, il y a quelques années, dans la tenue du soldat, et une foule de faits sont venus plus tard modifier cette manière de voir, et il a été conduit à penser que la gène de la circulation du cou bien que capable d'influer sur le développement de l'ophthalmie, n'est pas réellement la cause prédisposante de celle de l'armée.

L'auteur fait une remarque qui se rattache à ce sujet, c'est que le schako n'a pas subi de changements dans les parties les plus vicieuses; et, selon lui, cette coiffure pourrait bien ne pas être sans effet éloigné sur la production de l'ophthalmie; moins cependant en occasionnant la gène cir-

culatoire ainsi qu'on l'a toujours prétendu, qu'en altérant la sensibilité de certaines parties des organes visuels.

Chap. II.—Symptômes.

L'auteur donne une description assez exacte, mais incomplète, des symptômes que présente l'ophthalmie à ses différentes périodes.

Après cette description, il remarque que les constitutions atmosphériques et les variétés individuelles impriment à l'ophthalmie diverses nuances qui modifient les caractères qui lui sont propres dans son état de simplicité. Dans l'ophthalmie purulente ces nuances sont obscurcies, confondues par la violence des symptômes, mais elles sont sensibles et doivent être l'objet d'une attention particulière, lorsque la maladie est portée à un moindre degré.

Les principales complications que l'auteur assigne sont, 1° La rheumatique : de tous les symptômes qu'il indique, il n'en est qu'un seul qui appartient exclusivement à l'ophthalmie rhumatismale, c'est la disposition vasculaire de la sclérotique autour de la cornée, et nous doutons fort que l'on puisse distinguer cette injection du moment que la maladie a atteint le second degré : il a négligé d'en énumérer quelques symptômes qui appartiennent à la cause rheumatique, tout aussi bien que ceux qu'il a rapportés.

2° La seconde modification admise par l'auteur, est celle qu'imprime à la maladie la prédominance du système lymphatique, ou la constitution scrofuleuse du malade. L'auteur se borne encore ici à réunir les symptômes de l'ophthalmie scrofuleuse, tels qu'ils ont été décrits il y a quelques années, avec les granulations. Cette partie du mémoire ne nous a pas semblé la plus pratique.

L'auteur parle encore d'une autre ophthalmie qu'on rencontre souvent chez les hommes qui ne sont pas sujets à l'ophthalmie de l'armée, et qui consiste en une petite pustule qui se forme près de la cornée, ophthalmie qui a été regardée par Sichel comme le degré le plus léger de l'ophthalmie scrofuleuse, et que les Allemands considèrent comme une ophthalmie catarrhale entée sur un sujet lymphatique. Ces rapprochements souvent exacts, n'ont pas toujours paru fondés à l'auteur, et souvent il a rencontré des cas dans lesquels les phénomènes concomitants ne les justifiaient pas ; pour ne rien préjuger sur sa nature il propose de la nommer ophthalmie pustuleuse.

Chap. III.—Siége et nature de la maladie.

L'auteur ne tentera pas de décider si les saillies villeuses et papillaires des conjonctives palpébrales sont des extrémités nerveuses, comme le pensait Ruysch, ou des glandes comme le croit Müller, ou si à l'exemple d'Eble on doit les considérer à la fois comme glanduleuses et nerveuses. Quelques soient les éléments organiques qui entrent dans leur composition, il pense

avec ce dernier que c'est par leur développement morbide que débute l'ophthalmie de l'armée.

L'ophthalmie de l'armée, n'est à proprement parler, ni une épidémie, ni une endémie; son règne étendu, illimité, ne permet pas de la classer parmi les maladies épidémiques, et quoiqu'elle affecte souvent une préférence marquée pour certaines localités, on ne peut non plus la regarder comme une maladie endémique, car elle ne tient à ces localités que par des causes accidentelles, qui ne leur sont pas inhérentes.

L'auteur observe que quelques médecins prétendent que l'ophthalmie de l'armée n'est qu'une ophthalmie catarrhale. Les causes dites catarrhales, telles que l'impression d'un air froid, un refroidissement subit, peuvent sans contredit provoquer son développement en élévant à l'état aigu les granulations palpébrales existantes, restées latentes jusque-là; mais, ajoute-t-il, il est presque inutile de le faire remarquer, ces causes ne suffisent pas pour faire naître ces granulations précisément dans quelques régiments de notre armée pour les propager, pour y perpétuer leur existence.

L'auteur se pose après cela, la question suivante : l'ophthalmie de l'armée a-t-elle une origine première spéciale ? tient-elle à un miasme, à un agent contagieux, qui lui est propre, ou nous est-elle restée d'une simple inflammation de la muqueuse conjonctivale, née fortuitement il y a bien des années, et qui en se propageant et en se perpétuant, a reçu du temps et de ces circonstances, les modifications, la manière d'être que nous lui connaissons? L'auteur déclare qu'il ne sait rien de tout cela, et qu'il ne se met guère en peine de le savoir; gardons-nous dit-il de discuter sur des questions oiseuses! Le germe existe, on peut le montrer du doigt, on le voit grandir chez l'un, naître chez l'autre, etc., veut-on après cela que ce germe soit originaire d'Égypte, ou qu'il soit dû primitivement à des simples conjonctivites catarrhales, voir même à des épidémies de grippe! Ce sont des questions aussi curieuses que difficiles à éclairer, mais dont ne dépend heureusement pas la vérité des faits que nous avons établis!! Nous nous bornerons à faire observer au sujet de ce paragraphe, que des questions de cette importance, et dont la solution aurait pour résultat immédiat de savoir si après qu'on aura fait disparaître les granulations qui existent en ce moment, nous pouvons espérer de voir notre pays à jamais délivré de ce fléau, ou si, après cette disparition, il ne serait pas probable que le mal se développât de nouveau spontanément, et sous quelles influences ce malheur arriverait; et par conséquent quelles sont les mesures hygiéniques propres à prévenir le retour de cette ophthalmie, il nous semble dis-je que si ces questions n'étaient pas dignes d'occuper l'auteur, elles méritaient au moins d'être traitées avec plus de ménagement, à moins que (ce qui est probable) l'auteur n'en ait pas senti l'importance.

Chap. IV. — Traitement.

Soins généraux. — On avait autrefois l'habitude dans les hôpitaux militaires, de placer les ophthalmiques dans les plus mauvaises salles de

ces établissements, d'en cacher en outre les croisées sous des rideaux épais, ou de noircir les carreaux dans la crainte de la lumière.

Il est de la plus urgente nécessité, dans les établissements sanitaires de l'armée, de choisir pour y placer les ophthalmiques, les salles les meilleures, les plus spacieuses, celles qui ne sont pas exposées à l'ardeur d'un soleil brûlant, ou l'on peut facilement établir des courants d'air, sans que les malades y soient directement exposés.

Le médecin en chef chargé du service, doit lui-même soigner les ophthalmiques, exécuter ou faire exécuter sous ses yeux, les prescriptions les plus importantes, etc.

Il ne faut pas que les ophthalmies graves et en général les ophthalmies aiguës restent confondues avec les cas légers, et avec les altérations palpébrales.—Les hommes affectés de granulations devraient même être séparés de ceux qui n'ont qu'une simple ophthalmie catarrhale ou autre.

L'auteur ne tient jamais les malades dans une obscurité profonde; les cas les plus graves même, sont laissés dans un demi jour.

Un autre soin que l'auteur regarde comme très-important, c'est, dès que la grande acuité de l'ophthalmie a été vaincue, de les envoyer à l'air libre, pour peu que le temps le permette.

Un air pur, frais, constamment renouvellé par une ventilation bien combinée, est dans les salles des ophthalmiques, d'une indispensable nécessité, surtout dans la saison chaude.

L'auteur défend strictement à tout ophthalmique de porter les mains à ses yeux parce qu'il regarde l'action de les frotter comme très-nuisible. Il est d'autant plus facile à l'aûteur d'empêcher ces manœuvres qu'il n'emploie pas de collyres dans le traitement des ophthalmies.

On abuse étrangement des collyres dans le traitement de l'ophthalmie. On recommande l'eau froide qui, appliquée par intervalles et sans discernement sur une partie enflammée, provoque à chaque instant une réaction qui n'est propre qu'à augmenter le mal. Le froid peut-être très-utile pour arrêter à son début une ophthalmie qui menace de devenir grave et son application continue exige une main intelligente et infatiguable; lorsque l'inflammanion est parvenue à un haut degré d'intensité, on ne peut espérer d'en retirer des avantages, qu'après de fortes évacuations sanguines, et toujours en l'appliquant d'une manière permanente

D'autres médecins confient aux malades des solutions d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb : ces collyres n'ont pas seulement paru inutiles mais même nuisibles. — L'auteur laisse les yeux libres, sans bandages, sans les couvrir de compresses, etc., seulement il les protège au moyen d'une visière.

Il est des médecins qui font un grand abus des vésicatoires à la nuque : l'auteur n'en blâme pas seulement l'abus, mais il en rejette encore l'usage : jamais il n'a eu à se louer de leur emploi. Il n'a également reconnu aucune utilité des vésicatoires placés au bras.

Tout malade entrant à l'hôpital, ne fut-il que légèrement affecté, ne reçoit qu'un peu de pain et de bouillon, et doit rester au lit.

En général, une saignée du bras de 10 à 15 ou 20 onces est pratiquée à

tout ophthalmique entrant à l'hôpital, il n'y a d'exception que pour ceux qui ne sont que très-légèrement affectés.

TRAITEMENT DE L'OPTHALMIE PURULENTE.

Lorsque l'inflammation est très-intense, que l'ophthalmie est portée au degré de purulence, l'auteur insiste sur la saignée du bras, qu'il répète deux fois par jour dans le principe; plus rapprochées, elles pourraient nuire au malade sans influencer avantageusement la maladie dont on ne peut presser la marche outre mesure. Plus éloignées elles laisseraient, dans les intervalles, le temps à l'inflammation de reprendre une nouvelle intensité.

L'auteur n'a pas trouvé que l'ouverture de l'artère temporale fut plus utile que la saignée du bras; il n'a pas eu recours à celle du cou ou du pied.

Quelques médecins négligent les saignées générales et ont d'abord recours à des applications de sangsues près de l'organe enflammé; c'est une pratique vicieuse chez nos jeunes soldats : quelque soit le nombre qu'on en mette, on est peu sûr de la quantité de sang qui s'écoulera de leurs piqûres. Si le nombre est trop petit, la congestion s'acroit dans la partie malade et l'ophthalmie s'aggrave. On ne doit appliquer les sangsues que lorsque les saignées générales ont opéré une diminution sensible dans l'énergie du mouvement circulatoire. — Ces considérations sont applicables à l'usage des ventouses scarifiées aux tempes. — L'auteur a vu poser des sangsues sur la face muqueuse des paupières, mais les résultats qui ont suivi ce traitement ne l'ont pas engagé à le mettre en pratique.

Le chémosis doit appeler toute l'attention du médecin; dès qu'un malade se présente il excise çà et là tout ce qu'il peut saisir de ce bourrelet. Les excisions lui ont paru préférables aux scarifications en ce qu'elles produisent un plus grand dégorgement.

Quand les boursouflements de la muqueuse palpébrale sont très-prononcés, et surtout lorsqu'ils provoquent le renversement de la paupière, l'auteur les a quelquefois cautérisés en passant rapidement sur leur surface un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation en diminuant la tuméfaction de la muqueuse, contribue à replacer la paupière dans sa position normale; elle diminue la sécrétion purulente, et souvent elle allège considérablement les douleurs.

Ordinairement dès le principe et en même temps que les évacuations sanguines sont pratiquées, il fait instiller toutes les deux ou trois heures, entre les paupières, quelques gouttes d'une solution de deux grains de nitrate d'argent sur une once d'eau distillée.

Lorsque la matière purulente est épaisse et abondante, et la sensibilité peu prononcée, il élève la dose du nitrate d'argent à 4 ou 8 grains par once.

Lorsque la matière purulente est abondante, mêlée de larmes, que la sensibilité est très-vive, que des douleurs lancinantes se font sentir dans l'orbite, aux tempes, dans une partie de la tête, phénomènes qui indiquent

la prédominance de l'inflammation des tissus fibreux, les solutions de nitrate d'argent ne sont plus aussi facilement tolérées, et leur usage peut d'ailleurs être nuisible. Dans cette circonstance, l'auteur insiste particulièrement dans le principe sur les évacuations sanguines, et souvent il a recours avec avantage à l'instillation faite toutes les 2 heures, entre les paupières de quelques gouttes d'une solution de sublimé corrosif 1 grain sur 8 onces d'eau distillée ; il est nécessaire que cette solution soit employée tiède.

L'auteur ne perd pas de vue la recommandation d'entretenir les organes malades dans la plus grande propreté.

Lorsque la purulence est bornée à un seul œil, l'auteur recommande expressément de ne pas toucher les deux yeux avec le même linge, dans la crainte de porter à l'état de purulence l'œil sain ou moins malade. Pour prévenir cet accident, l'auteur fait usage de fomentations froides sur l'œil le moins malade.

Dans le principe des violentes inflammations de l'œil, le docteur Wardrop a conseillé d'évacuer l'humeur aqueuse par une petite ponction de la cornée; l'auteur se borne à appeler sur cette opération l'attention des médecins plus hardis que lui.

Lorsqu'il ne reste plus qu'une espèce d'inflammation passive, l'auteur obtient des effets merveilleux de la pommade de précipité rouge (grains iv sur ʒj) frictionnée deux fois par jour, d'abord sur les sourcils, puis sur les paupières; ces frictions achèvent de dissiper l'engorgement et souvent les malades ouvrent les yeux après un ou deux jours de leur usage.

Lorsque l'auteur reconnaît que les tissus fibreux sont principalement affectés, l'auteur a recours de préférence au laudanum liquide de Sydenham seul ou mêlé à de l'extrait de belladone.

Quand les traces d'inflammation profonde font redouter les résultats fâcheux des adhérences de l'iris, il faut toujours se hâter de mettre le malade sous l'influence de la belladone dans le but d'obtenir une dilatation permanente de la pupille.

Chez les femmes à système lymphatique très-développé, et dont les boursouflements granuleux sont très-considérables, il fait usage d'une solution de nitrate d'argent plus forte, (8 gr. sur ℥j) qu'il emploie communément à l'état aigu : le soir il fait faire la friction de précipité rouge et de laudanum.

Après les premières saignées, l'auteur administre fréquemment quelques évacuants des voies digestives qui sont d'une grande utilité dans le traitement de l'ophthalmie. — Il a employé quelquefois le tartre émétique à doses réfractées, qui produit des nausées et quelquefois des vomissements, qui lui ont paru utiles. — Enfin il a recours au calomel dont l'efficacité a été constatée par l'expérience, bien moins en provoquant des évacuations alvines, qu'en diminuant la plasticité du sang; l'auteur le donne à la dose de 6, 12, 24 grains par jour, associé à l'extrait d'opium ou de belladone. — il prescrit en même temps des pédiluves chauds.

Quand les yeux restent longtemps rouges, purulents, chassieux, ce qui arrive chez les personnes lymphatiques, l'auteur applique des petits vésicatoires derrière les oreilles. Enfin dans les cas rebelles, il a recours à l'extrême remède, le séton à la nuque.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE AIGUE AU PREMIER DEGRÉ.

Lorsque l'ophthalmie aiguë ne va pas jusqu'à présenter les caractères qu'il a assignés à l'ophthalmie purulente, l'auteur commence le traitement par 1 ou 2 saignées du bras, en même temps, soins généraux déjà indiqués, diète, repos au lit, etc. Dès le troisième jour il a recours à la pommade ophthalmique, cette médication dissipe la rougeur avec une promptitude remarquable.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS RHEUMATIQUES SCROPHULEUSES.

Lorsque l'ophthalmie est compliquée de la maladie à laquelle il a laissé le nom de rheumatique, outre les moyens généraux et les évacuations sanguines, il faut spécialement insister sur l'emploi de médicaments particuliers qui se montrent très-efficaces. Dès le principe l'auteur fait faire sur le front et les tempes des frictions avec l'onguent napolitain et l'extrait de belladone. Lorsque l'excès d'inflammation à cédé, il frictionne les mêmes parties et les paupières elles-mêmes avec le laudanum; plus tard il en instille dans l'intervalle des paupières, en même temps il donne le calomel uni à l'extrait d'opium jusqu'à ce que la bouche commence à s'affecter. — L'auteur a fréquemment essayé l'usage de la teinture vineuse de colchique automnal, mais il n'en a pas obtenu des avantages bien marqués.

Lorsque les malades conservent après cette nuance d'ophthalmie, un peu de larmoiement et de sensibilité à la lumière, etc., il est très-souvent parvenu à y remédier promptement en appliquant à chaque tempe un petit vésicatoire et en saupoudrant, tous les soirs, la plaie avec de l'acétate de morphine.

L'auteur a observé des cas où cette médication n'avait pas un succès complet; il s'y joignait alors une douleur fixe au front et aux tempes, qui persistait avec opiniâtreté. Dans cette circonstance, il donna 6 à 8 grains de sulfate de quinine.

Les complications scrofuleuses exigent l'emploi simultané des moyens conseillés pour combattre les scrofules. L'auteur a obtenu quelques succès de l'usage interne de l'hydrochlorate de baryte, des frictions iodurées aux tempes, des vésicatoires derrière les oreilles, pansés avec l'onguent stibié, et de l'emploi du séton.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PUSTULEUSE.

Il touche le point central avec le nitrate d'argent, et instille dans l'œil quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham.

TRAITEMENT DES GRANULATIONS PALPÉBRALES.

Ce point est regardé par l'auteur comme un des plus importants et qui

mérite de fixer d'une manière toute spéciale, l'attention des médecins militaires.

L'auteur commence toujours ce traitement par les frictions de pommade ophthalmique. — Lorsque les granulations ne sont pas dures et anciennes, les boursouflements volumineux et très-étendus, il obtient beaucoup de succès de l'instillation d'une solution de nitrate d'argent (8 gr. sur ℥i). Ce moyen doit être longtemps continué. On doit interrompre son usage tous les six à huit jours, pour revenir aux frictions de pommade ophthalmique.

Il a employé le sulfate de cuivre, mais son action est trop lente et trop faible. Insuffisant dans un cas, et inútile dans un autre, l'auteur y a entièrement renoncé. Il n'a jamais eu recours à l'usage des acides concentrés.

L'auteur a très-souvent cautérisé immédiatement les conjonctives granuleuses, en promenant sur leur surface, un pinceau qu'il avait d'abord passé, légèrement mouillé et à plusieurs reprises, sur un fragment de nitrate d'argent; puis il instille deux fois par jour quelques gouttes de laudanum. Au bout de trois jours, l'eschare tombe, et il recommence l'opération. Ce procédé a paru très-utile dans certaines circonstances.

Pour détruire les granulations dures, anciennes, fongueuses, et les boursouflements volumineux très-étendus des conjonctives palpébrales, c'est à des moyens plus puissants, à la cautérison immédiate par la pierre infernale, et à l'excision pratiquée à plat, qu'on doit recourir.

Après les cautérisations, l'auteur n'a pas recours aux applications d'eau froide, qu'employait quelques médecins dans la vue de prévenir de graves accidents inflammatoires, que l'auteur ne voit jamais survenir lorsqu'il la met en pratique.

Il faut se garder d'opposer une médication antiphlogistique à l'ophthalmie artificielle qui en est le résultat. L'auteur s'en rend promptement maître en frictionnant doucement et longtemps, matin et soir, les paupières et les parties environnantes avec le laudanum liquide.

Après avoir détruit les granulations des paupières inférieures, il s'occupe de celles des paupières supérieures lorsque celles-ci en sont affectées, ce qui heureusement n'arrive pas toujours.

Les cautérisations que l'auteur a pratiquées n'ont jamais déterminé la formation de ces vastes adhérences, de ces brides membraneuses, qu'il a quelquefois rencontrées sur des hommes opérés par d'autres médecins. A peine ses malades ont-ils offert parfois de très-petites brides, sensibles seulement quand on tiraillait la muqueuse en abaissant fortement la paupière inférieure. — Jamais il n'a vu le caustique faire naître une véritable inflammation, ou de ces inflammations désorganisatrices, de ces ophthalmies purulentes terribles dont on ne peut se rendre maître, et qui ont si souvent pour résultat, la destruction des cornées et la perte de la vue. Il n'en est pas de même de l'excision qui a, maintes fois, sous les yeux de l'auteur, entraîné à sa suite les accidents inflammatoires les plus formidables.

L'auteur après avoir excisé à plat, comme il le décrit, favorise l'écoulement de sang, au moyen de lotions avec de l'eau tiède; les jours suivants il pratique sur les paupières, des frictions avec le laudanum, puis il revient à de nouvelles excisions.—L'auteur tranche dans le mal lui-même en évitant autant

que possible, d'entamer profondément la membrane dans toute son épaisseur.

Lorsque l'excision a enlevé entièrement ou en grande partie, les saillies granuleuses des conjonctives palpébrales, il opère quelques cautérisations, où il fait instiller pendant quelque temps, la solution de nitrate d'argent.

L'excision à plat a procuré à l'auteur de nombreux succès. Par son emploi, il a guéri en très-peu de temps, des granulations anciennes, confluentes, dures et fongueuses, des boursouflements étendus et épais qui auraient sans aucun doute résisté à tout autre moyen. On l'applique avec un égal avantage à tous les cas, aux granulations légères, récentes, discrètes, comme à celles qui sont nombreuses, larges, volumineuses, vésiculeuses, consistantes; mais appliquée à certaines parties, elle n'est malheureusement pas exempte de dangers.—L'auteur se hâte cependant de déclarer que jamais il n'a pas vu l'excision à la paupière inférieure provoquer les accidents redoutables dont il fait mention ; il pense donc qu'on peut en toute sécurité exciser les boursouflements granuleux à la paupière inférieure, et il regarde même leur excision à plat comme le meilleur de tous les moyens proposés pour les détruire.

Lorsque dans l'excision des granulations de la paupière supérieure, on est obligé de porter l'instrument sur le repli que forme la conjonctive au-dessus du bord adhérent du cartilage, on observe souvent une sensibilité excessive qui se révolte avec une désespérante facilité contre l'instrument tranchant. Il a vu dans plusieurs cas, et il ne l'oubliera jamais, l'ophthalmie purulente la plus intense se développer du troisième au cinquième jour après leur excision, et entraîner en quelques jours, malgré le traitement le plus actif et le plus énergique, la perte complète de la vue.

Après ces réflexions, l'auteur se demande s'il faut bannir de la chirurgie oculaire, l'excision des granulations à la paupière supérieure; il ne le pense pas, mais on ne doit plus enlever de vastes portions de la muqueuse en les soulevant avec les pinces, mais une main exercée et prudente peut encore et avec quelqu'assurance, en exciser à plat les granulations, si l'on a soin de le faire superficiellement, rapidement, sans tourmenter longtemps la partie, sans l'entamer profondément, sans y revenir à de trop courts intervalles.

L'auteur dit que par la combinaison des moyens indiqués, par leur emploi sage et persévérant, on peut guérir ces fâcheuses granulations; il faut les choisir, les combiner à propos, et c'est au tact, à la sagacité, à l'expérience du médecin de lui indiquer ceux qui conviennent le mieux dans l'espèce pour détruire le mal jusque dans ses racines.

MESURES HYGIÉNIQUES.

L'auteur, part du principe qu'il a développé dans le corps du mémoire, que le germe de l'ophthalmie, (les granulations), qui constitue la véritable prédisposition à la maladie, reste inactif, infécond parmi des hommes peu nombreux ou disséminés, et qu'il s'éveille au contraire, et se propage d'individu à individu, lorsque ceux-ci sont réunis en masses trop

serrées, qu'il donne ensuite naissance à l'ophthalmie, à l'occasion de causes pour la plupart communes à toutes les armées, causes qui sont sans influence sur les corps qui ne portent pas ce germe funeste; enfin que son existence est perpétuée dans la nôtre par les encombrements auxquels sont particulièrement exposés quelques-uns des corps qui la composent, circonstance qui peut même provoquer immédiatement sa première apparition. De ces considérations l'auteur conclut :

1° *Qu'il faut faire disparaître l'encombrement partout où il existe, et prendre des mesures telles qu'on n'en découvre plus désormais nulle part, ni dans aucun cas, les moindres traces.*

L'auteur ne se dissimule pas les difficultés que doit rencontrer l'exécution de cette mesure; un grand nombre de nos casernes sont vicieusement construites, ou insuffisantes, mais cette considération ne doit pas le détourner de montrer le mal ou il le trouve.

Il prouve que quoique les miliciens ne séjournent que dix à quinze jours dans les dépôts, qui renferment toujours un certain nombre d'hommes atteints de granulations, et qui attendent leur réforme, ils n'y sont pas moins agglomés. Ce séjour est-il assez prolongé pour leur y faire prendre comme auparavant le germe de l'ophthalmie? c'est ce que l'auteur n'a pas encore pu constater. Quoiqu'il en soit ces dépôts doivent être l'objet d'une attention toute spéciale: il faut qu'ils soient établis dans des bâtiments spacieux, réellement capables de recevoir momentanément ce surcroit de population.

Les casernes qu'occupent les bataillons de guerre, doivent être également l'objet d'une grande attention; elles ne doivent jamais être trop remplies; un grand nombre de nos casernes sont mauvaises, établies dans des bâtiments qui n'ont pas été primitivement destinés à cet usage; elles sont mal situées, elles ont des chambres d'une largeur et d'une hauteur extrêmement variables, et d'une étendue souvent démesurée, ou la propreté et la ventilation toujours si nécessaires, sont difficiles à entretenir.

Si on élevait de nouvelles casernes en Belgique, elles ne devraient nonseulement être isolées autant que possible, être bâties, par exemple près des remparts, loin des quartiers les plus populeux, mais encore leurs chambres devraient être régulières, bien proportionnées et ne devraient jamais recevoir plus d'une escouade de dix à douze personnes.

Les ventilations établies par intervalles dans une chambre trop vaste et trop remplie, n'empêchent pas les funestes effets de l'encombrement; elles ont de plus l'inconvénient de donner naissance à des courants d'air d'où résulte le développement d'ophthalmies catarrhales. Une bonne caserne convenablement occupée, ne doit être ainsi aerée que quand tout le monde est dehors.

C'est la nuit quand tout le monde est réuni, que les effets de l'encombrement se font surtout sentir, aucune ventilation n'est alors capable de les empêcher, à moins qu'on ne veuille tenir constamment ouvertes des larges croisées, ce qui sous d'autres rapports, n'aurait pas une influence moins funeste sur la santé du soldat.

Un bon système de ventilation continue, n'est pas chose facile à pratiquer; l'auteur cherche à établir, que celui qui serait le plus convenable, devrait consister à employer au haut des croisées, des carreaux ventousés ouverts

au dehors par leur partie supérieure, ou mieux encore en mobilisant le carré supérieur du chassis. Quant aux ventilateurs placés au niveau du sol, on doit les établir dans des endroits de la chambre où ils ne puissent pas produire de mauvais effets sur les soldats.

2° *Il faut éloigner des hommes sains, tous ceux qui portent le germe de l'ophthalmie.*

Sans partager l'opinion de M. Jüngken qui regarde tout homme qui porte des granulations, comme perdu pour le service, l'auteur pense toutefois qu'il ne faut pas s'obstiner à conserver au service et à renvoyer des hôpitaux dans les corps, ceux qui présentent ces altérations granuleuses étendues, invétérées, rebelles qui réduites même par un long traitement à leur plus faible degré possible, ne peuvent être regardées comme sans inconvénients que dans l'isolement toujours plus grand de la vie civile.

On séparera donc des hommes sains, ceux qui ont des granulations aux paupières, mais ce sera pour leur faire subir un traitement énergique et suivi avec persévérance : après quoi on les tiendra encore, pendant un certain temps, éloignés des corps, tant pour les soumettre d'abord à un service moins pénible que pour s'assurer de la stabilité de leur guérison.

L'auteur voudrait voir ériger en Belgique un établissement uniquement destiné au traitement des maladies des yeux où on traiterait tous ceux des autres établissements, qui conservent quelqu'une des altérations chroniques ou organiques qui peuvent être la suite de l'ophthalmie, et dont le traitement exige des soins particuliers et des connaissances spéciales.

3° *Il faut ménager le soldat.*

Éviter les veilles forcées qui résultent de gardes trop multipliées ; éviter les fatigues pendant la chaleur du jour, avoir soin de faire les marches, les exercices, les grandes manœuvres de bon matin ; on doit toujours veiller à ce que le soldat prenne ses repas à des heures fixes et invariables ; il est indispensable de varier les exercices, les occupations du soldat, afin de le sauver de l'ennui ; la variété dans les travaux éloigne la fatigue et le dégout ; il en est qui sont un délassement par l'attrait qu'ils ne cessent jamais d'offrir. Des leçons d'escrime, de danse, de natation, devraient exister dans chaque corps.

4° *Il faut s'efforcer d'éloigner tous les agents capables d'irriter directement ou indirectement les organes visuels.*

Il faut veiller à ce que les soldats ne restent pas exposés dans les chambres à des courants d'air, surtout quand ils y rentrent échauffés ou en sueur ; à ce qu'ils ne s'étendent pas le jour sur leur lit, sous des croisées ouvertes; à ce qu'on ne laisse pas ouvertes la nuit des croisées ou des portes qui peuvent leur causer un refroidissement dangereux ; il faut prendre des mesures pour qu'ils ne soient pas obligés d'aller la nuit uriner au grand air; des bacquets placés dans les corridors sont très-utiles à cet effet.—Un simple serre-tête en toile, est, selon l'auteur, le meilleur des bonnets de nuit ; — on devrait supprimer les chaussettes de laine, qui entretiennent l'humidité des pieds et leur malpropreté.

Il est prudent d'apporter une certaine réserve dans les visites des yeux que l'on fait dans les corps, d'éviter de les trop multiplier, afin de ne pas

appeler sans cesse l'attention du soldat sur ces organes.—Il faudrait appeler les miliciens sous les armes, en automne plutôt qu'au printemps.

Quoique l'auteur n'admette pas que la gêne de la circulation, par l'ensemble des vêtements du cou et de la tête, soit la cause prédisposante de l'ophthalmie de l'armée; il n'en pose pas moins en principe la nécessité du précepte suivant qui constitue son cinquième et dernier moyen prophylactique.

5° *Il faut reformer toute coiffure qui a son principal point d'appui sur le front, et laisser au cou du soldat une liberté entière.*

Personne ne pouvant mettre en doute que la compression de ces parties ne soit capable de concourir au développement de l'inflammation dans les organes de la vue, il faut que l'on puisse passer plusieurs doigts sous la cravate lorsque le soldat est sous les armes, le sac sur le dos, et que la coiffure embrasse mieux la tête de manière surtout à ce que son bord inférieur, dur et inflexible ne froisse plus la région délicate du front.

Ce mémoire très-remarquable, sous plus d'un rapport, doit être le travail d'un médecin de beaucoup de mérite et qui s'occupe d'une manière toute particulière de l'ophthalmie militaire; il ferait le plus grand honneur à son auteur, s'il était publié sous sa propre responsabilité. Mais il comprendra, comme nous, qu'il y a une grande différence entre un ouvrage destiné à être livré à la presse, sous la responsabilité de l'auteur, et celui destiné à un concours. Dans le premier cas l'auteur n'a besoin de traiter que les parties de la question qu'il a cherché à approfondir, et il peut passer sur les autres aussi légèrement qu'il veut; le talent, la position, les antécédents de l'auteur suffisent ordinairement pour décider le degré de confiance que méritent ses propositions, tandis que pour un concours, il convient que tous les points relatifs à la question, soient examinés avec soin, et éclaircis autant que possible; que l'auteur ne s'appuie pas sur son autorité personnelle, pour faire partager à la société les opinions qu'il émet, et le traitement qu'il conseille; il n'y a que les faits positifs, que les observations détaillées et bien recueillies qui peuvent être mis en balance. C'est sous ces trois rapports que l'auteur a principalement manqué.

MÉMOIRE N° 2, PORTANT POUR DEVISE :

« *Les faits sont maintenant, dans l'ordre intellectuel, la puissance en crédit.* » (Guizot.)

Chap. I.— Nature de la maladie.

L'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, est pour l'auteur une maladie spéciale, une inflammation spécifique, qu'on ne peut confondre avec aucune autre ophthalmie. Elle a une origine spéciale, inconnue, une marche spéciale, des symptômes spéciaux, que les antiphlogistiques ne peuvent dissiper, mais qu'un traitement éradicatif seul maitrise; elle a encore des caractères anatomiques spéciaux, et se reproduit par un mode spécifique en faisant naître une affection toujours identique.

Les caractères fondamentaux sont la granulation et la présence d'un mucus purulent, jouissant de la propriété contagieuse.

L'auteur a voulu se convaincre si la granulation était un caractère fondamental et constant; les expériences qu'il a faites sur les animaux lui ont donné le bonheur de pouvoir fixer ses idées à cet égard. — Toute irritation mécanique n'y apporte aucune modification, ce n'est qu'à la suite d'inoculation qu'on voit cette modification se produire.

L'auteur passe en revue les différentes opinions émises sur la nature intime des granulations; après les avoir discutées successivement, il arrive à la conclusion que ces discussions ne lui ont point fait apprécier suffisamment la nature anatomique des granulations; mais il regarde comme n'étant pas dépourvue de fondement l'opinion de Janin qui les regarde comme des glandules contribuant à la sécrétion lacrymale; ce sujet du reste, pour être éclairci a besoin de recherches anatomiques minutieuses et délicates.

Il croit qu'on a attaché trop d'importance à la sécrétion purulente dans le diagnostic de la maladie. L'auteur ne la considère que comme un épiphénomène spécial à cette blennorrhée, comme une complication grave, et qui doit son existence à une modification atmosphérique encore inconnue mais soupçonnée électrique, à un entassement plus prononcé que de coutume ou à l'existence d'autres blennorrhées dans le local.

L'auteur regarde notre ophthalmie comme identique avec celle des nouveau-nés et la gonorrhéïque. Il examine si l'ophthalmie a toujours été identique, si elle a toujours présenté la même phénoménologie, conclut que notre maladie, depuis qu'elle règne en Belgique, a toujours offert les mêmes caractères et qu'elle ne diffère encore en rien de ce qu'elle est en Égypte, soit qu'elle sévisse sur nos citadins, ou sur nos campagnards.

Symptômes.

L'auteur donne une description très-exacte et très-détaillée de l'ophthalmie à tous ses degrés; il s'occupe, en outre, du pronostic et de l'explication physiologique de quelques symptômes qui accompagnent cette maladie.

Causes de l'ophthalmie.

Parmi les causes de l'ophthalmie, l'auteur examine successivement :

Les vents. — Après avoir démontré les contradictions qui existent dans les différents auteurs relativement à cette cause, il conclut qu'à l'air libre et chez des individus sains, les vents n'ont pas d'effets désavantageux. — Lorsque le vent agira directement sur la face, et lorsqu'il est froid, il pourra déterminer des ophthalmies, mais qui auront d'autres caractères que celle qui existe dans notre armée.

La lumière. — Il examine de même cette cause, et après avoir prouvé que dans les régions polaires où la lumière est réfléchie par la neige, ou par les terrains blanchâtres des pays chauds, il peut survenir des cécités et

des ophthalmies; mais il remarque fort bien que ces conditions n'existent pas dans nos contrées tempérées.

Les gonorrhées.—L'auteur conclut que si la gonorrhée n'a qu'une faible part dans le mal qui accable notre armée, toujours est-il qu'on a tort de rapporter à une seule origine, à une seule source l'ophthalmie des armées.

La gale et la désinfection. — Après avoir rapporté l'opinion de plusieurs auteurs relativement à cette cause, il conclut que, ni la gale ni les moyens qu'on emploie pour la guérir, ne contribuent pas au développement de la maladie.

Abus des spiritueux.—L'auteur pense que si l'ophthalmie ne peut être produite par l'usage ou l'abus des boissons alcooliques, au moins celles-ci peuvent exacerber le mal, ou l'entretenir chez l'individu qui le porte.

Alimentation.—L'auteur croit que les soldats sont bien nourris, et que l'alimentation ne peut pas produire d'ophthalmie.

Gaz des latrines et des égouts. — Après avoir examiné l'opinion de MM. Carron du Villards, Furnari et Cunier, sur cette cause, il décline complétement sa valeur dans l'étiologie de l'ophthalmie.

Atmosphère pulvérulente.—L'auteur rapporte ensuite et réfute l'opinoin des différents auteurs qui attribuent l'ophthalmie à cette cause, il cite plusieurs expériences qu'il a faites sur des chiens, et qui prouvent que des corps étrangers introduits dans les yeux, peuvent bien développer une inflammation légère, mais se dissipant aussitôt.

ALTERNATIVES DE SÉCHERESSE ET D'HUMIDITÉ, DE CHAUD ET DE FROID.

Dans ce paragraphe, l'auteur rapporte les diverses opinions des auteurs sur cette cause, et les arguments dont ils les ont appuyées; il termine en disant que s'il a longuement discuté l'impuissance des vicissitudes atmosphériques, pour faire naître notre lésion oculaire, il s'empresse de reconnaître son influence comme cause aggravante du mal en l'étendant surtout au globe de l'œil.

ENSEMBLE DES CAUSES COMME SOURCE DE L'OPHTHALMIE.

Dans ce paragraphe on trouve résumé ce qu'il a conclu dans les précédents, il termine en disant : toutes ces théories ne sont pas plus solides les unes que les autres, et nous avons pris à tache de les réfuter complétement en leur lieu; nous nous contenterons de dire ici qu'avant 1814, nous avons été soumis aux mêmes causes qui existent aujourd'hui, et le mal cependant n'y régnait pas; et les autres armées étaient soumises aux mêmes causes que nous et ne l'ont pas.

Compression. — Après avoir rapporté l'historique et l'opinion qui attribue l'ophthalmie à la compression, en excluant toute idée de contagion, il donne tous les arguments avancés en faveur de cette opinion, par ses plus chauds partisans, il rapporte en même temps les principales objections qui ont été faites et qu'on pourrait faire contre cette théorie; il termine ces

considérations en disant : que si les faits qu'il a rapportés prouvent l'insuffisance de la théorie compressive comme cause prédisposante simple, indispensable pour que l'action déterminante puisse agir, soit comme cause prédisposante, devenant par sa longue et incessante action, cause déterminante, il ne faut cependant pas tomber dans un excès contraire, et refuser aux congestions oculaires, quelqu'en soient l'origine et la cause, un certain rôle dans la production de l'ophthalmie. L'auteur se croit obligé d'admettre avec Jüngken, Weller, Eble, etc., que les congestions vers l'œil, facilitent le développement et l'aggravation de l'ophthalmie, mais il ne croit pas devoir rapporter ce résultat à un effet de prédisposition. — Au surplus la compression seule n'amène jamais une altération aux conjonctives, et il n'y aurait qu'une circonstance ou elle pourrait être suivie d'inflammation aux yeux; ce serait dans les cas ou la compression du cou serait assez forte, pour déterminer une congestion de la face, d'où chaleur et sueur plus fortes de cette partie; qu'un courant d'air vienne à agir alors sur cette partie ainsi chaude et haliteuse, une ophthalmie pourra être produite, mais elle n'offrira pas les caractères de notre ophthalmie militaire.

Endémie. — L'auteur après avoir fait observer que l'ophthalmie a toujours été considérée comme endémique en Égypte, prétend que cette maladie ne peut être attribuée à aucune des causes indiquées par les observateurs qui ont fait partie de l'expédition d'Égypte, et qu'il y a eu là, et qu'il y a encore des modifications qui leur ont échappé. Malgré l'autorité de ces auteurs, lui, croit que le mal y est entretenu plutôt par contagion que par endémie. — L'auteur énumère successivement les différents pays où elle passe pour être endémique, et fait remarquer que dans chacune de ces contrées elle est attribuée à des causes différentes.

Épidémie. — L'auteur observe que notre ophthalmie n'offrant point pour caractères d'exercer momentanément ses ravages, de frapper simultanément un grand nombre d'individus, et n'y étant pas due à des causes générales dont l'action sur la population est passagère, car depuis 1814 elle ne nous a pas quitté, elle n'atteint que l'armée et précisément la partie de celle-ci qui se trouve sous l'influence de la contagion, et elle n'a fait qu'offrir de temps en temps des accroissements, des exacerbations qu'on a eu tort de prendre pour autant d'épidémies, car ce n'était qu'une augmentation de la contagion toujours existante, alimentée par des conditions qui devenaient favorables à son intensité et à son extension. — L'auteur ne veut parler que de notre ophthalmie, il n'ignore pas qu'ailleurs il s'en est présenté des épidémies. — Il rapporte les différentes épidémies d'ophthalmies dont il est fait mention dans les auteurs.

Sporadicité.— L'auteur est loin de nier la spontanéité de l'ophthalmie; il croit que dans notre pays elle a du quelquefois se montrer sous cette forme soit primitivement, soit consécutivement à une inflammation catarrhale. Mais tous nos auteurs s'étant tûs à cet égard, et aucun d'eux n'ayant signalé aucun cas spontané, il en résulte qu'il n'a devers lui aucun document qui l'autorise à admettre, comme démontré, ce qui ne peut être qu'une présomption.

L'auteur reconnaît plusieurs sources à l'ophthalmie; il la considère principalement comme importée par les troupes alliées.

1° Origine égyptienne.
2° Importation par les troupes prussiennes.
3° Importation par les troupes anglaises.
4° Importation par les troupes belges.
5° Origine hollandaise.
6° Origine gonorrhéïque.

Après avoir examiné de quelle manière ces différentes origines ont pu contribuer à propager le mal dans notre pays, l'auteur croit cependant que c'est à l'origine anglo-prussienne, que nous devons plus spécialement notre maladie oculaire; celle-là seule ayant pu étendre ses ravages sur une grande échelle, l'action des autres sources a dû être plus limitée.

Contagion. — Partant de la définition et de la distinction établies par M. Rochaux, l'auteur admet que l'ophthalmie est contagieuse, qu'elle se transmet par voie médiate et immédiate. Il ne prétend pas qu'elle est toujours contagieuse, mais qu'elle l'est dans la grande majorité des cas, en cela elle se rapproche de toutes les maladies contagieuses.

1° *L'ophthalmie se transmet par voie immédiate.*

La contagion se fait 1° par le dépôt de la matière sécrétée des yeux malades sur des yeux sains; 2° par le mucus tenu en suspension par un liquide vecteur. — L'auteur cite à l'appui de cette proposition un grand nombre de faits qui prouvent sans replique ce mode de propagation de la maladie.

2° *L'ophthalmie se transmet par voie médiate au moyen d'objets imprégnés.*

L'auteur après avoir donné sur ce mode de propagation la manière de voir de plusieurs auteurs, cite également un grand nombre de faits qui prouvent que la maladie se transmet par cette voie.

3° *L'ophthalmie se reproduit par voie miasmatique.*

Après y avoir mûrement réfléchi, l'auteur est porté à croire que la propagation par voie atmosphérique doit être bien plus commune ou fréquente que celle par dépôt de la matière d'un œil malade sur un œil sain.

4e *Mode de production de l'ophthalmie.*

Il se demande si la matière de la gonorrhée vaporisée, en infectant l'atmosphère de la salle habitée par elle, ne pourrait pas développer l'ophthalmie? Bien que l'auteur n'ait pas de fait pour appuyer cette proposition, il est porté à l'admettre, parce qu'elle est vraisemblable et parce que le fluide de la gonorrhée se comporte comme la matière purulente de l'ophthalmie.

5e *Mode de propagation de l'ophthalmie.* Ou par infection de l'économie par le transport de la matière, ou du miasme ophthalmique ou gonorrhéïque dans le torrent circulatoire. Dans ce cas, les miasmes ophthalmiques portés dans le torrent circulatoire, après avoir été aspirés dans les poumons, iraient agir sur les yeux et déterminer la même action que par leur action locale. — L'auteur fait des raisonnements en faveur de cette opinion et cite quelques faits tendant à prouver cette idée.

Après avoir démontré que l'ophthalmie est contagieuse, l'auteur ajoute qu'il est des causes, des conditions qui développent, qui activent cette propriété, comme il en est d'autres, qui l'atténuent, qui l'annihilent.

ENCOMBREMENT.

L'auteur consacre une grande partie de son travail à l'examen de cette question. Dans ce chapitre il examine la question de l'encombrement sous toutes ses faces, il cherche à prouver que l'encombrement ne produit que des affections typhoïdes, mais jamais d'ophthalmies; mais lorsqu'il existe des individus porteurs de granulations, l'encombrement favorise non-seulement prodigieusement la maladie, mais la rend infiniment plus grave. L'auteur examine encore dans ce chapitre, différents points qui se rattachent à cette question, et apporte à l'appui de son opinion un grand nombre de faits très-remarquables et très-importants.

PHÉNOMÈNES DE LA CONTAGION ET RÉSUMÉ DES FAITS QUI PRÉCÈDENT.

Que l'humeur ophthalmique agisse par elle-même, soit à l'état fixe, soit à l'état de dissolution de ses particules dans l'atmosphère, ou que cela tienne à un principe qu'elle a en suspension, elle jouit de la funeste prérogative de se propager toujours sous les mêmes formes. Les expériences que l'auteur a faites l'ont conduit à croire qu'elle jouit constamment de cette prérogative.

Le fluide encore contenu dans les granulations jouit déjà de cette funeste propriété; ce fluide transporté sur un œil sain et à quelque degré de la maladie qu'on le recueille, y détermine constamment le même mal. — La moindre particule de cette matière à l'état de dissolution et en lotions suffit pour la développer.

L'auteur ne croit pas que l'humeur ophthalmique agisse comme simple agent irritant, mais bien à cause d'une propriété spécifique.

Pour bien faire concevoir le mode de développement et de propagation de l'ophthalmie, il compare l'armée, ses dépôts, ses casernes, en général, à un marais, dont sans cesse, mais quelquefois d'une manière bien plus prononcée, se dégagent des miasmes produisant une maladie d'une nature spéciale, l'ophthalmie. Là, parmi les militaires qui s'y rendent, quelques-uns s'acclimatent, c'est-à-dire s'habituent à ne pas être incommodés par cette influence, d'autres, dès leur arrivée, sont pris de la maladie, d'autres enfin le sont plus tard.

PRÉDISPOSITION.

L'auteur après avoir rapporté les différentes opinions sur la prédisposition, assure qu'il lui a toujours été impossible de reconnaître les conditions qui permettent à tel individu plutôt qu'à tel autre de contracter la maladie; il peut affirmer dit-il, que tous les âges, les diverses conditions, les deux sexes, la contractent avec la même facilité, que les constitutions n'y sont pour rien; les sanguines laissent le mal à l'état franchement inflammatoire tandis que chez les lymphatiques, les scrofuleux, l'ophthalmie offre quel-

ques caractères spéciaux, une apparence de ténacité, et d'opiniâtreté telle, qu'elle guérit rarement bien et partant laisse les individus disposés à recouvrer le mal. — C'est pourquoi il n'admet pas qu'il y ait une prédisposition à contracter notre ophthalmie, mais bien qu'il y a des conditions favorables à son aggravation et à sa propagation. — Il croit qu'il y a des individus réfractaires à ce mal, mais les caractères qui les distinguent des autres sont inappréciables. L'auteur est porté à croire, que si on les examinait avec attention et minutie, on finirait pas apprécier les circonstances qui les rendent réfractaires, et qu'on les trouverait semblables à celles qui préservent les médecins et les femmes de compagnies, c'est-à-dire qu'elles sont de nature à favoriser l'acclimatement.—Il cite, d'après les écrivains, la prétendue influence de la couleur des yeux sur le développement du mal. — Selon différents auteurs, l'œil droit est plus fréquemment attaqué que le gauche. Pour lui il pense qu'on ne peut tirer aucune conséquence de la coloration des yeux.

Il est une circonstance saisissable qui préserve nos militaires de l'ophthalmie, et en dissipe insensiblement les dernières traces, lorsqu'elle en a laissé. Il veut parler de l'influence des polders, ou peut-être l'action des fièvres intermittentes. L'auteur a vu les granulés se remettre insensiblement, les granulations diminuer de volume, pâlir, la sécrétion muqueuse tarir et il croit que ce résultat est plutôt dû à l'action de la localité des polders qu'à la fièvre elle-même, puisque ces effets étaient déjà remarquables avant que les soldats eussent été pris de fièvre.— Il a vu, comme plusieurs autres médecins, que les convalescents de fièvre intermittente, de dysenterie, de typhus étaient exempts d'ophthalmie.

PARTICULARITÉS.

L'auteur dit que les diverses particularités, qu'on remarque dans la manifestation de l'ophthalmie, sont toutes subordonnées aux conditions, ou circonstances suivantes :

1° L'acclimatement à l'ophthalmie est d'autant plus facile que le foyer du mal sera moindre, et que le séjour y sera de peu de durée. Si on le prolonge, on ne le fera impunément, que pour autant que cela soit insensiblement ou avec gradation.

2° Plus le séjour, au contraire, sera long, plus le foyer du mal sera étendu, concentré ou actif, moins il y a de chances d'y échapper;

3° Plus on sera espacé, plus on sera éparpillé, mais surtout plus on sera dans un air constamment renouvellé, au grand air par exemple, moins on aura à subir les conséquences du mal.

1re *particularité. — Les campagnards.*

Lorsque l'ophthalmie, en vertu de sa propriété contagieuse, en s'important dans des familles campagnardes, ne se propage pas au loin, c'est que le mal ne trouve pas d'aliment.

2e *particularité. — Infanterie.*

Si l'infanterie est plus sujette à contracter l'ophthalmie, si elle en possède toujours un chiffre élevé, c'est qu'elle offre toutes les circonstances qui per-

mettent l'action du principe contagieux, et qu'elle se trouve le plus souvent dans celles qui en favorisent le développement. L'auteur prouve cette opinion par plusieurs faits.

3e *particularité. — Exercices.*

L'exercice par lui-même ne peut pas déterminer l'ophthalmie, mais si l'exercice ne peut le faire naître, il contribue puissamment à l'entretenir et à l'accroître, l'auteur énumère toutes les circonstances qui accompagnent l'exercice et qui contribuent à produire l'effet.

4e *particularité. — Corps-de-garde.*

C'est toujours en descendant de garde, comme en revenant des manœuvres, qu'un grand nombre d'hommes se présentent atteints d'ophthalmie. L'auteur cherche à expliquer cette particularité par toutes les circonstances qui entourent le soldat au corps-de-garde.

5e *particularité. — Marches.*

Les causes réunies auxquelles sont soumis les soldats, pendant les marches, ne produiraient pas l'ophthalmie chez d'autres personnes que chez des militaires, ni chez ceux-ci s'ils ne sont nullement infectés. Ce n'est pas que l'auteur ne considère ces causes comme susceptibles de produire des affections oculaires, mais alors elles doivent être de longue durée, et produiront des affections ayant des caractères tout autres que ceux qui caractérisent notre maladie.

6e *particularité. — Sapeurs-mineurs.*

L'auteur pense que les sapeurs-mineurs possèdent toutes les qualités pour être préservés des affreux ravages de l'ophthalmie. Il le prouve en montrant que leurs occupations sont de toute autre nature que celles des autres armes, qu'ils reçoivent peu d'hommes venant des régiments d'infanterie, par conséquent ils restent privés de cet élément de la maladie. — Lorsque les mineurs se trouvent dans les mêmes circonstances que l'infanterie, ils en offrent un chiffre aussi élevé que les autres régiments.

7e *particularité. — Artilleurs.*

Les artilleurs se trouvent à peu près dans les mêmes conditions que les mineurs.

8e *particularité. — Cavaliers.*

La cavalerie offre en général fort peu de cas d'ophthalmie. L'auteur en trouve la cause dans leur éparpillement dans les cantonnements, et dans plusieurs avantages qu'ils ont sur les fantassins. 1° Les cavaliers sont peu astreints aux gardes de nuit. 2° Les cavaliers passent une grande partie de la journée dans les écuries, ou pansent les chevaux à l'air libre, pendant ce temps, des courants d'air renouvellent l'atmosphère de leurs chambres. 3° Ils s'exercent aussi, mais vêtus plus légèrement, et ayant moins à supporter, ils n'en éprouvent pas la même fatigue que l'infanterie, le seul inconvénient qui leur reste, c'est un peu d'entassement pendant la nuit; c'est apparemment ce qui explique pourquoi l'ophthalmie ne disparaît pas totalement chez eux; ce qui prouve que c'est à ces influences que les cavaliers doivent la prérogative d'offrir peu d'ophthalmiques, c'est que lorsqu'ils se trouvent dans les mêmes conditions que l'infanterie, ils en fournissent aussitôt.

9e *particularité. — Infirmiers.*

Si les infirmiers ne sont pas souvent pris d'ophthalmie, cela vient, de ce qu'en général, ils sont de vieux soldats, et ont par-là déjà subi un premier acclimatement. Ils ne sont avec les ophthalmiques, que pendant quelques heures et surtout dans la journée, alors que toutes les conditions de salubrité existent, alors que peu d'ophthalmistes restent dans les salles.

10e *particularité. — Hôpitaux.*

Si l'on ne voit pas le mal se communiquer dans les hôpitaux, aux autres malades, c'est que les malades fièvreux sont en général exempts d'ophthalmie. Du reste, il est prouvé que l'ophthalmie naît et se développe dans les hôpitaux. Enfin, les autres malades de ces établissements n'ont de contact avec les ophthalmiques qu'en plein air.

11e *particularité. — Femmes de compagnie.*

Si les femmes de compagnie ne contractent pas aussi souvent l'ophthalmie que les militaires, cela tient à ce qu'elles n'habitent pas dans des chambres communes à un grand nombre de soldats, et que le plus grand nombre d'entre elles, non-seulement ont un logement spécial, mais sont fort peu en contact avec les premiers.

12e *particularité. — Médecins.*

Le médecin ne passant que quelques instants au milieu des soldats, ou dans les hôpitaux, au sein des maladies des yeux, offre le plus de chance pour s'acclimater. Aussi, de tous ceux qui hantent les ophtalmiques, ce sont les médecins qui en subissent le moins l'influence contagieuse, etc. Qu'on n'aille cependant pas croire que les médecins n'en sont jamais pris, il en connaît plusieurs qui portent des granulations ou qui en ont perdu un œil.

13e *particularité. — officiers.*

Les mêmes raisons existent pour les officiers.

14e *particularité. — Sous-officiers et musiciens.*

Les sous-officiers en général mieux logés que les soldats, n'étant presque jamais encombrés, sont très-rarement atteints d'ophthalmie. Lorsqu'ils sont au sein de la contagion et dans les mêmes circonstances que les troupes, ils en subissent les mêmes conséquences.

Les musiciens logés séparément et moins en contact encore avec les soldats que les sous-officiers, offrent également peu d'ophthalmies.

15e *particularité. — L'ophthalmie ne règne pas en France.*

L'auteur examine longuement cette question; les motifs qu'il allègue, quoiqu'il en omette quelques-uns, semblent suffisants pour expliquer cette particularité.

TRAITEMENT.

L'auteur examine successivement :

La saignée générale.

Après avoir démontré la divergence des opinions sur les veines à ouvrir, et sur la quantité de sang à tirer, l'auteur dit qu'il est convaincu que la saignée ne jugule jamais l'ophthalmie aiguë, mais surtout celle de nos soldats qui s'établit lentement et qui, en général, n'est évidente que lorsqu'elle

a déjà amené des modifications organiques dans les paupières. Nous défions, dit l'auteur, qui que ce soit, de juguler une ophthalmie aiguë chez nos soldats.

La saigné diminuant la turgescence sanguine générale, mais surtout celle de l'œil, l'action organique y devient plus libre, et, avec l'assistance d'autres moyens que fournit la thérapeutique, il devient alors plus aisé de dompter l'ophthalmie. — La saignée peut être de dix à quinze onces, et peut être répétée.

Saignées locales.

L'auteur fait ressortir la divergence d'opinions qui existe entre les médecins, relativement au lieu d'application; il remarque que ces dissidences sont pour la plupart basées sur des idées de pure théorie, et que la pratique vient démentir chaque jour.

Les ventouses scarifiées à la nuque, mais surtout aux tempes, ont été recommandées comme pouvant être plus avantageuses que les applications de sangsues.

Application des évacuations sanguines.

L'auteur après avoir donné l'opinion des divers ophthalmologues sur l'opportunité des évacuations sanguines, ose avancer, dit-il, en comparant les résultats de sa pratique qu'en général on abuse des saignées générales et locales. — Les saignées et autres évacuations sanguines sont indiquées dans l'ophthalmie avec symptômes aigus, et particulièrement quand il y a congestion cérébrale ou pléthore. Mais si immédiatement elles n'amènent pas des changements favorables, il faut avoir recours à une autre médication.

Révulsifs.

Sudorifiques.—L'ophthalmie qui règne parmi nos troupes, ne se développe point à l'occasion de causes catarrhales, et ne fait que s'exacerber sous cette influence. Aussi personne dans notre armée n'a recours à ce moyen dont l'insuffisance est manifeste, et qui dans les cas graves, nous ferait perdre un temps trop précieux.

Révulsifs sur le tube digestif. — L'auteur emploie surtout le calomel dans l'intention de provoquer la salivation; il en a toujours obtenu des résultats avantageux.

Baume de copahu. — L'auteur l'a beaucoup employé; il ne lui a réussi qu'une seule fois, et c'est en déterminant une dyssenterie grave, qui a failli compromettre la vie de l'individu; ce moyen, selon l'auteur, ne mérite aucune confiance.

Révulsifs cutanés. — L'auteur, tout en blâmant l'usage ordinaire des vésicatoires, reconnaît qu'il y a cependant des cas où leur emploi devient indispensable. Mais alors il ne connaît de meilleur révulsif que les ventouses scarifiées aux tempes et un peu éloignées de l'angle externe de l'œil, et fortement irritées par la pommade d'Autenrieth.

MOYENS LOCAUX.

Degrés aigus du mal.

Le chlorure de chaux, la teinture d'opium, le calomel insufflé, n'ont

produit aucun effet entre les mains de l'auteur. — Les cataplasmes froids de fromage frais lui ont réussi. — Il a obtenu de bons effets des fomentations, des résolutifs froids sur les yeux.--Chaque fois qu'il existe une sécrétion abondante, et quels que soient les autres moyens mis en usage, il est rationnel d'avoir recours aux injections faites sans interruption.

On peut mesurer, par les contradictions des ophthalmologues sur la préférence à accorder à tel ou tel moyen, le degré de confiance que l'on doit accorder à chacun d'eux. L'auteur a fait usage à peu près de tous; maintenant il ne se sert plus que de deux modificateurs, le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent.

Dans les degrés légers de l'ophthalmie, le sulfate de cuivre en crayon lui a paru le meilleur collyre à employer. Dans tous les cas, les astringents sont indiqués sous forme de lotions fréquentes et mieux d'injections presque continues dans les cas décidément purulents. Les astringents doivent être employés à une dose assez élevée pour agir d'une manière irritante et même caustique. L'auteur raisonne l'action des astringents à cette dose élevée et regarde cette méthode comme une méthode substitutrice.

Vésicatoires volants sur l'œil.—Les faits recueillis par M. Velpeau, en faveur de cette méthode, sont de la plus haute importance pratique; cependant il est à craindre qu'en nos mains le moyen qu'il a préconisé n'ait pas grande valeur. Il a été du reste reconnu à la clinique de M. Velpeau que, dans ces cas, le vésicatoire n'est plus suivi des mêmes succès.

Compression des paupières. — Ce moyen employé par les Orientaux, a été préconisé par Piorry à l'occasion d'une ophthalmie purulente épidémique dans un établissement d'enfants; le moyen n'a paru efficace que contre le gonflement des paupières.

PONCTION DE LA CORNÉE ET ÉVACUATION DE L'HUMEUR AQUEUSE.

Cette opération peut avoir quelqu'avantage dans l'inflammation simple de la conjonctive oculaire, ou dans celle du globe de l'œil, en totalité; cependant l'expérience de l'auteur ne l'autorise pas à conclure.

MÉTHODE ÉRADICATIVE.

Après avoir préalablement eu recours aux évacuations sanguines, il pense, avec tous les auteurs qui ont préconisé cette méthode, que le seul moyen à opposer est l'emploi de la méthode éradicative.

L'auteur ne pense pas que cette médication héroïque agit parce qu'elle détruit l'organe sécréteur, ou parce qu'elle détruit le principe contagieux dans sa source; mais il croit avec Trousseau, qu'il agit en substituant une irritation assez forte, mais de nature connue, à une inflammation spécifique dont la nature intime est ignorée.

Les caustiques liquides ne sont pas aussi efficaces que le solide, on ne peut pas facilement borner leur action.

Cette méthode éradicative, quoique pouvant agir par elle seule, sera tou-

jours puissamment aidée par les déplétions sanguines, la révulsion, le calomel, etc., moyens qu'elle est loin d'exclure dans son emploi.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE L'OPHTHALMIE.

Forme gonorrhéïque.

On a essayé de traiter cette ophthalmie, d'après les mêmes principes que la gonorrhée proprement dite. Mais ces modifications n'ont pas réussi, et sont aujourd'hui oubliées.

Forme dite catarrho-rhumatismale.

Les frictions mercurielles belladonisées sont regardées par l'auteur comme jouissant d'une propriété spécifique.

Céphalalgie. — L'auteur a toujours réussi à la calmer par des pilules d'opium et les frictions d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone.

Photophobie.— L'auteur n'a jamais rien obtenu de l'insufflation du calomel, ni des solutions de borax ou d'alun.

TRAITEMENT DES GRANULATIONS.

Les collyres liquides, à l'état de pommade, ou pulvérulents, ne jouissent pas d'assez d'efficacité dans les granulations.

1re *Méthode dite : Cautérisation.*

La méthode professée par M. Sichel et mise en usage par les principaux médecins belges, est celle qui amène les plus beaux résultats. Elle consiste dans la cautérisation avec le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre.

Lorsqu'on emploie le nitrate d'argent, la cautérisation doit être légère et superficielle.

L'auteur croit que le sulfate de cuivre et le nitrate d'argent à l'exclusion de tous les autres moyens peuvent constamment remplir toutes les indications.—Le premier moyen réussit dans tous les cas ou la granulation n'est pas très-saillante. Lorsque les granulations sont fortement dessinées, ou que l'engorgement granuleux est très-prononcé, des cautérisations superficielles en passant rapidement sur toute la lésion de la conjonctive palpébrale, sont indiquées et faites au moyen du nitrate d'argent.

Après les attouchements avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, il reste ordinairement un engorgement, un boursouflement des conjonctives que les substitutions réitérées dans le mal, n'ont pu dissiper. Dans ces cas les astringents complètent la cure, et l'auteur accorde la préférence au sulfate de cuivre, sous forme solide, ou à l'état de solution plus ou moins concentrée.

L'auteur blâme fortement l'emploi du coton cardé lâchement appliqué sur les yeux, et conseillé par M. Cunier. Ce blâme est également applicable aux linges qu'on oblige les malades à garder devant les yeux, et aux visières qu'on a appliquées aux bonnets dans certains régiments.

Excision.—Il est important dans l'excision de ne pas aller trop profondement. Il suffit d'enlever le tissu donnant naissance à la granulation, il faut veiller aussi à ce que les tissus soient excisés avec régularité, et sans devoir le faire en beaucoup de coups de ciseaux.

L'excision est une opération douloureuse à laquelle on a de la peine à résoudre les militaires, qui la redoutent singulièrement. A part cet inconvénient cette opération est très-avantageuse, lorsqu'elle est faite sur des indications exactes.—L'excision ne pourra être faite quand dans la localité il y aura exacerbation du mal, ou existence d'ophthalmies purulentes dans l'établissement. L'inobservance de ce précepte a été cause de fâcheux résultats.—Il importe encore de ne pas faire d'excision pendant les épidémies de variole, rougeole, etc., à l'époque des nombreuses variations de température, ou de l'effet hygrométrique de l'air, ou lorsque celui-ci est surchargé d'électricité.

L'excision l'emporte-t-elle sur la cautérisation, ou celle-ci sur la première. L'auteur croit qu'une méthode ne doit pas être adoptée à l'exclusion des autres. Toutes deux ont leurs indications, mais on ne devra avoir recours à la cautérisation, que lorsque l'excision sera reconnue insuffisante. L'excision sera toujours employée lorsqu'on pourra enlever toutes les granulations, sans faire une trop grande brèche à la conjonctive. La cautérisation superficielle sera réservée pour les affections plus étendues, celles qui envahissent la moitié ou la presque totalité des conjonctives des paupières.

Les scarifications n'ont jamais réussi dans le traitement des granulations, entre les mains de l'auteur.

Pour les taies et nuages de la cornée, il recommande l'emploi de l'huile de foie de morue.

Hygiène de l'ophthalmie.

Art. I.—*Dispositions générales relativement aux casernes.*

Les casernes doivent être situées dans un terrain sec élevé, bien aéré; les fenêtres doivent être directement opposées pour faciliter le renouvellement de l'air, elles doivent être nombreuses, et ne point consister en de rares lucarnes. Le rez-de-chaussée devant être habité par l'infanterie, il devra toujours offrir une élévation plus grande que le sol, afin d'éviter l'humidité, cause de propagation de l'ophthalmie.

Comme on ne peut partout construire de nouvelles casernes, il sera important d'apporter des changements dans toutes celles qui existent. On percera de nouvelles fenêtres de manière à établir de vastes courants d'air, on agrandira celles déjà existantes, et qui seraient trop petites.—Les chambres humides seront desséchées. Dans l'espace à donner aux lits au nombre d'in-

dividus, il faut toujours avoir égard à la hauteur, la largeur, la longueur et la température des locaux, etc.

Art. II.—*Dispositions applicables aux recrues et aux dépôts.*

1° L'hiver étant l'époque où il y a le moins d'affections oculaires, ce sera le moment le plus favorable pour admettre les recrues.

2° A l'arrivée au dépôt des recrues, il est indispensable de n'admettre ces jeunes soldats que dans des chambres nouvellement blanchies et lavées plusieurs jours auparavant; les objets de couchage doivent avoir été lavés préalablement ou fumigés et ventilés.

2° Dans les casernes, les literies et objets de couchage devront être numerotés et ne servir qu'aux mêmes individus.

4° Les hommes coucheront seuls.

5° Pendant l'été il ne sera pas fait usage de matelats dans les casernes parce qu'ils peuvent receler les miasmes, et sont difficilement désinfectés. En hiver ce moyen de couchage devient indispensable pour préserver les hommes des grands froids.

6° Il ne faut donner aux conscrits que des vêtements neufs.

7° On fera bien de laisser les croisées ouvertes quand le temps le permettra.

8° On fera bien de placer les recrues dans des chambres séparées de celles des anciens soldats et on n'y admettra pas ces derniers pour y loger.

9° Les hommes devront rester au dépôt, jusqu'à ce qu'ils puissent passer définitivement dans les rangs de leur corps.

10° Les conscrits devront être habitués peu à peu et lentement aux fatigues du soldat. — Ils resteront le moins possible dans les chambres et se promeneront le plus possible au grand air.

11° Les hommes en présence d'un sous-officier par compagnie et sous la surveillance des officiers de semaine, se laveront successivement à la pompe en y prenant de l'eau dans le creux de la main. C'est le seul moyen de s'assurer que les lotions se font convenablement. — Chaque homme aura son essuie-main.—On empêchera que ces lotions se fassent le matin en sortant du lit.

12° Des visites presque journalières devront être faites par le médecin du corps, et la moindre trace de maladie aux organes oculaires, traitée dans les hôpitaux.

13° Les hommes porteurs de gonorrhée seront immédiatement envoyés aux hôpitaux.

14° On empêchera les soldats de se laver avec de l'urine.

15° Une légère solution de sulfate de cuivre dont tous les jours quelques gouttes seraient introduites dans l'œil, employée chez les recrues, detruiront le principe ophthalmique dans son action première.

16° Les recrues porteurs d'affections inflammatoires de nature lymphatique bien tranchée, doivent être renvoyés, soit provisoirement, soit difinitivement.

Loin de réfuser les granulés, l'auteur dit qu'il faut les admettre, parce

que pour parvenir à l'extinction de la maladie, il faut qu'elle soit aussi éteinte chez le bourgeois.

Art. III.—*Hygiène dans les corps.*

1° Isoler les individus malades de ceux qui sont sains.

2° Si l'ophthalmie vient à régner dans un corps, les visites y seront très fréquentes, afin de reconnaître la maladie à son début et de s'en débarrasser.

3° On devra aussitôt donner plus d'espacement aux hommes.

4° En dirigeant les hommes sur les hôpitaux, on aura soin de les faire accompagner, de toutes les hardes qui leur ont servi pendant la durée du mal.

5° Les précautions de salubrité seront mises en vigueur avec minucie, surtout pendant l'existence de la maladie.

6° Dans tout autre temps, il est peu important de manœuvrer dans une plaine sablonneuse; pendant le règne de l'ophthalmie on ne le permettra pas.

7° la propreté sera rigoureusement observée.

8° Dans les cas d'infection reconnue, on fera de fréquentes fumigations acides.

9° Les hommes ne pourront rester dans leurs chambres que pour le stricte besoin; pendant leur absence,les portes et fenêtres resteront constamment ouvertes.

10° Les chefs et les officiers de santé d'un régiment infecté, ordonneront que les hommes se lavent fréquemment les yeux avec de l'eau froide, sans que la même eau puisse servir à plus d'un individu.

11° Les hommes sortant des hôpitaux, où ils ont été traités pour ophthalmie, devront subir à la caserne une espèce de quarantaine.

12° Il ne sera pas permis d'envoyer des hommes en permission, lorsque les paupières ne seront point saines d'ophthalmie militaire.

13° Tous les permissionnaires à leur rentrée au corps devront être visités et soumis immédiatement à un traitement s'ils sont porteurs d'altérations aux conjonctives.

14° Les troupes après des mutations, des marches, des campements, ne devront entrer dans de nouvelles casernes, que pour autant que celles-ci aient été nouvellement blanchies, les objets de couchage lavés et désinfectés, etc.

15° On évitera les marches dans les sables, pendant la grande chaleur du jour, à une lumière vive; on s'abritera le mieux possible dans les temps pluvieux, etc.

16° Après des cantonnements, lorsque les hommes rentreront dans les casernes, ils seront d'abord largement espacés, et on ne leur fera reprendre leur agglomération qu'insensiblement.

17° Lorsqu'un régiment est affecté, il vaut mieux le laisser dans les casernes qu'il occupe, pourvu qu'elles soient saines, que de le faire changer.

18° Après avoir complétement isolé les conscrits des vieux soldats, dès leur arrivée au dépôt, et jusqu'à leur incorporation aux bataillons de guerre, les premiers seront placés aux compagnies auxquelles ils appartiennent dans des chambres particulières, également séparées des anciens soldats.

Art. IV. — *Dispositions applicables à ceux actuellement atteints d'ophthalmie, et aux locaux qui les recèlent.*

1° Placer dans les hôpitaux des hommes instruits ayant fait preuve de connaissances ophthalmologiques.

2° Un hôpital spécial pour les affections aiguës étant impossible à créer, on n'en établira que pour les cas chroniques.

3° Dans toutes les garnisons, on s'emparera d'une partie du local de l'hôpital éloignée des salles affectées aux autres malades.

4° On évitera de prendre des salles exposées au midi et au nord.

5° Les ophthalmiques y seront divisés en plusieurs catégories, logés séparement, n'ayant aucune communication entr'eux, ni avec les autres malades.

L'espacement dans les salles doit être très-considérable.

On doit séparer les objets et literies servant aux ophthalmiques afin qu'ils ne servent que pour eux.

Tous les objets, linges, literies, etc., à l'usage des ophthalmiques, seront marqués de la lettre O, afin qu'ils ne soient pas confondus avec les autres. Les mêmes préceptes seront appliqués aux objets servant aux gonorrhéïques, leur linge, etc., sera marqué de la lettre V.

Les linges, éponges, etc., qui auront servi aux lotions, ne seront plus employés pour d'autres ophthalmiques, ils seront détruits comme susceptibles de récéler le principe de la contagion.

Les vêtements des soldats affectés d'ophthalmie, ainsi que leurs literies, et autres objets, qui en sont susceptibles, seront fumigés et purifiés à l'hôpital, avant que les hommes soient renvoyés à la caserne.

Sous quelque prétexte que ce soit, les hommes entrés aux hôpitaux pour ophthalmie, ne pourront en sortir que lorsqu'ils seront parfaitement guéris.

Art. V.—*Des mesures plus spécialement propres à éteindre le mal.*

Dans cet article l'auteur appuie fortement sur la nécessité d'éloigner des corps, tous les hommes porteurs de granulations, il approuve beaucoup les dépôts des granulés, regarde même cette mesure comme la meilleure que le gouvernement ait prise.

Voici ce qui paraît le plus rationnel à l'auteur.

Dans chaque régiment on séparera tous les hommes porteurs de granulations ou d'engorgements assez prononcés pour exiger la cautérisation par le nitrate d'argent, ceux-ci seront exemptés de tout service et soumis à une police et une surveillance active, et à plusieurs précautions.

Tous les autres seront laissés dans les rangs, seulement tous les jours le médecin passera dans les chambrées, visitera toutes les conjonctives et entre celles qui seront malades, on instillera un collyre de sulfate de cuivre, ou on appliquera le crayon de cette substance. Ces derniers ne seront pas exemptés du service ni des gardes, seulement on mettra en usage les moyens médicaux, au moins une ou deux heures avant tout exercice. Cette thérapeutique ne peut être suivie de succès que pour autant qu'on mette en usage toutes les précautions qui ont été l'objet du chapitre précédent, mais surtout ceux propres à dissiper tout entassement, tout encombrement d'hommes.

Il faut de la part des médecins beaucoup de dévouement beaucoup de zèle et on ne doit pas se borner à détruire les granulations dans l'armée, cette mesure devrait s'étendre à tout le pays, pour les campagnards qui sont atteint de granulations.

Ce chapitre est suivi d'un règlement pour l'infirmerie ophthalmique dont il a été parlé antérieurement.

L'auteur termine son travail en disant que si on a égard à tous les préceptes hygiéniques dont il a parlé, il a l'espoir fondé que l'ophthalmie disparaîtra de notre armée et il regarde comme erronée l'assertion suivante de Canstatt : « *Cette maladie ne sera jamais exterminée tant qu'il y aura un sol fertile doué de toutes les conditions nécessaires pour réproduire le moyen par lequel elle se propage.* » Seulement il ajoutera que toute maladie étant née sous l'influence de certaines circonstances, physico-atmosphériques, il est impossible de prévoir si ces circonstances ne se reproduiront pas un jour.

L'auteur ajoute à la suite de son travail un grand nombre d'expériences qu'il a faites sur des animaux, à l'effet d'éclaircir plusieurs points relatifs à l'ophthalmie militaire, ces expériences servent à confirmer les opinions qu'il a émises dans le corps de son travail.

Il joint également plusieurs planches, grossièrement exécutées, représentant différents degrés de la maladie, etc., etc.

D'après l'analyse que nous venons de faire, on voit que l'auteur de ce mémoire à mieux senti que les autres, que son travail était destiné à un concours. Il a examiné tous les points relatifs à l'ophthalmie militaire, en donnant toujours à l'appui de chaque proposition, les arguments sur lesquels, les partisans ont basé leur conviction, ainsi que les objections faites par leurs adversaires.

Dans la rédaction de son mémoire, l'auteur a montré une grande érudition ; les recherches immenses qu'il a faites, les nombreuses expériences auxquelles il s'est livré pour éclaircir plusieurs points relatifs à notre question, prouvent que depuis plusieurs années il a fait de l'ophthalmie militaire l'objet spécial de ses études. Quoiqu'ainsi que nous avons pu le remarquer, l'auteur ait laissé plusieurs questions sans solution satisfaisante, nous ne craignons pas de regarder ce mémoire comme une excellente monographie de l'ophthalmie militaire, résumant très-bien l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie, et par conséquent comme celui qui mérite le plus de fixer l'attention de la Société.

Messieurs, ceux d'entre vous qui ont lu avec soin les trois mémoires dont nous venons de faire une longue et consciencieuse analyse, auront pu re-

marquer, comme nous, que, tandis que l'attention des médecins a été fixée sur les granulations de la conjonctive et sur la part qu'elles ont dans la propagation de notre ophthalmie, dont elles forment le véritable germe, la plupart de ces hommes de l'art ne se sont pour ainsi dire occupés que de la question thérapeutique de ces altérations, sans s'enquérir, ni de la nature de ces granulations, ni de leur origine, ni des causes, ni du mode de développement, lorsqu'elles ne sont pas provoquées par d'autres altérations de même nature, existantes antérieurement.

Cette question qui consisterait à rechercher la véritable nature et les causes des granulations primitives (1) et qui conduirait par conséquent à indiquer les moyens propres à en prévenir le retour, après avoir fait disparaître celles qui existent encore, cette question disons-nous nous paraît de la plus haute importance et sa solution donnerait des résultats bien plus avantageux que tout ce qui a été proposé pour guérir les granulations existantes. Vous aurez pu remarquer, Messieurs, que cette question capitale a été a peine effleurée par deux concurrents, tandis que le troisième l'a traitée de manière à ne pas y attacher toute la valeur qu'elle mérite.

Le traitement de l'ophthalmie à l'état aigu comme à l'état chronique, est une partie qui a été médiocrement traitée par les trois concurrents ; aucun ne s'est efforcé par des essais comparatifs de démontrer laquelle des différentes méthodes préconisées, était la plus convenable à suivre ; tous les trois se bornent à donner le traitement qui semble avoir le mieux réussi entre leurs mains, sans justifier leur manière de faire par des faits positifs, par des observations détaillées et soigneusement recueillies des résultats qu'ils ont obtenus dans leur pratique.

Aucun concurrent ne semble avoir fait usage de la méthode anglaise dite escarrotique, qui consiste à instiller entre les paupières, au degré le plus aigu de la maladie, une solution concentrée de nitrate d'argent (un à deux gros sur une once d'eau distillée). Les auteurs se bornent à signaler cette méthode comme étant employée par certains médecins ; tandis que nous ne craignons pas de la regarder comme la plus efficace, nous dirons même, la seule jusqu'aujourd'hui connue comme vraiment efficace pour arrêter instantanément la maladie, prévenir les nombreux accidents qui en sont la suite fréquente, tout en donnant le moyen de s'opposer quelquefois au développement de ces granulations.

La discussion qui s'est engagée depuis quelque temps, sur le meilleur mode de destruction des altérations de la conjonctive désignées sous le nom de granulations, n'a pas été avancée d'un pas par les travaux des concurrents.

Il aurait convenu qu'ils eussent indiqué exactement les circonstances où chaque procédé doit être préférablement employé, en s'appuyant toutefois sur des faits positifs et sur des observations soigneusement recueillies.

La nature des granulations, les causes capables de développer ces altérations sans avoir eu un contact direct ou indirect avec d'autres affections sem-

(1) Nous ne donnons pas au mot *primitives*, le même sens qu'on lui donne généralement, nous entendons par granulations primitives, celles qui se développent par un contact direct ou indirect avec d'autres granulations préexistantes.

blables préexistantes, n'a point été approfondie par les concurrents, aussi ne doit-on pas s'attendre à trouver, parmi les mesures prophylactiques qu'ils proposent, celles qui sont spécialement destinées à prévenir le retour de l'ophthalmie, ni s'étonner de voir les efforts des concurrents se borner à faire disparaître les granulations existantes, ou à chercher à annuler autant que possible leur funeste influence.

Pour qu'un travail parvienne à atteindre le but humanitaire que s'est proposé la Société, qui est de faire disparaître l'ophthalmie de notre armée et d'en prévenir le retour, il devrait être tel, qu'aucune question qui se rattache à l'ophthalmie ne restât sans avoir obtenu une solution satisfaisante; les faits et les arguments devraient y être exposés de manière à porter sur les causes, la nature, le mode de propagation de la maladie, les moyens de l'extirper et d'en prévenir le retour, une conviction complète, non-seulement dans l'esprit du gouvernement, des médecins et des chefs de corps, chargés de prescrire et d'exécuter les mesures qui seraient reconnues nécessaires, mais même dans celui des soldats afin qu'étant convaincus comme leurs supérieurs, ils ne cherchent pas, ce qui arrive assez souvent, à contrarier les premiers dans la mission d'humanité dont les médecins sont chargés.

Comme vous venez de le voir, Messieurs, les travaux des concurrents sont loin d'avoir atteint le but que la Société des Sciences médicales et naturelles s'était proposé en mettant l'importante question d'ophthalmie au concours. Nous vous avons exposé les lacunes où il est du plus grand intérêt d'avoir des données positives sur les opinions, sur le traitement qui divisent et ébranlent les médecins dans la pratique. Si nous sommes au regret de devoir vous annoncer que nous ne pouvons pas accorder la palme à l'un des concurrents, nous sommes encore bien plus affligés de voir que la science médicale, malgré tout ce qui a été fait jusqu'ici, reste impuissante à découvrir les moyens de mettre un terme à cette cruelle et affreuse maladie qui prive tous les jours, un grand nombre de nos semblables, d'un des organes le plus nécessaire dans la vie.

Cependant la vérité doit tenir compte aux auteurs des mémoires, des recherches nombreuses, des laborieuses investigations que leur a nécessité un travail aussi ardu et aussi complexe. Mais si tous les concurrents ont fait preuve de zèle et de savoir, tous n'ont pas été aussi heureux dans l'exposition et dans la confection de leur œuvre.

L'auteur du mémoire nº 2, a montré beaucoup de savoir, beaucoup d'érudition; ses recherches ont été des plus multipliées, sa patience à approfondir quelques points ophthalmologiques, dénote une volonté ferme dans la recherche de la vérité. Le cadre de son ouvrage est très-vaste, mais il est loin d'être rempli. On remarque que c'est plutôt le temps que les connaissances qui lui ont manqué. Aussi y trouve-t-on des lacunes importantes qui rendent son travail incomplet; mais, sous bien d'autres rapports, il mérite de fixer l'attention toute particulière de la Société. C'est une bonne monographie résumant l'état actuel des connaissances ophthalmologiques.

Le mémoire, nº 1, est le travail d'un bon praticien, d'un excellent observateur, d'un homme qui s'est beaucoup occupé de l'ophthalmie militaire. Il est écrit avec soin et avec beaucoup d'ordre. On observe quelquefois des longueurs sur le même sujet. L'auteur y consigne ses convictions pratiques

basées sur le grand nombre de résultats qu'il a obtenus dans l'exercice de son art. Son ouvrage est un excellent plaidoyer en faveur de sa manière de voir. Il a très-bien dit qu'il n'a pas voulu faire un livre avec des livres, ce n'est pas non plus ce que désirait la Société ; mais l'érudition bien employée, lorsqu'elle corrobore les faits, est précieuse dans les questions de la nature de celles qui nous occupent.

L'auteur du mémoire n° 3, a traité les questions ophthalmologiques les plus importantes, avec une légèreté, nous dirons même avec une étourderie qui a fait peine à ceux qui ont eu à lire son travail. Cependant ce mémoire renferme quelques données intéressantes : elles dénotent même un praticien distingué. Le style de l'ouvrage est clair, mais souvent il est loin d'être scientifique : des personnalités abondent, c'est un grand tort de faire une question de personnes, là où on doit s'occuper d'humanité : d'ailleurs les injures sont, heureusement, sans valeur en science, et tout médecin qui se respecte doit des égards aux personnes médicales, fussent-elles même ennemies. Des planches assez bien exécutées accompagnent ce mémoire.

Voulant satisfaire au désir de la plupart des membres de cette Société, qui est de donner un témoignage honorable de tout l'intérêt qu'elle porte aux concurrents qui, par leurs longues élucubrations, ont le plus travaillé à atteindre le but que la Société s'est proposé en mettant la question ophthalmologique au concours, la Commission a l'honneur de vous proposer de décerner, à titre d'encouragement : 1° une médaille d'or de 600 francs, au mémoire n° 2, portant pour devise « *Les faits sont maintenant dans l'ordre intellectuel, la puissance en crédit ;* » 2° une autre médaille d'or de 400 francs, au n° 1, ayant pour devise, « *Dira per incautum serpent contagia vulgus* ; » 3° de publier les deux mémoires, si le gouvernement consent à supporter les frais d'impression ; et 4° d'accorder à chacun des auteurs de ces deux mémoires, le titre de membre de la Société.

Bruxelles, le 28 juin 1840.

ANALYSE DU MÉMOIRE DE Mr AMMON,

INTITULÉ :

PHYSIOLOGIA TENOTOMIÆ EXPERIMENTIS ILLUSTRATA (1837);

Par M. le docteur ANDRÉ UYTTERHOEVEN.

Qu'est-ce que la ténotomie?

L'auteur donne la définition suivante : la ténotomie est cette opération qui consiste à faire la section des tendons selon les principes de l'art. Il dit que

l'on peut concevoir les plus belles espérances de cette découverte appliquée au traitement d'infirmités réputées jusqu'ici incurables. Il croit que la ténotomie, encore à son berceau, doit être établie sur des bases physiologiques exactes, sans lesquelles, dit-il, tout édifice médical est chancelant.

§ II.

Histoire de la ténotomie.

La ténotomie n'est pas une opération nouvelle, en 1674 Rogerius Roonhuysen de Nuremberg, guérit le torticolis par la section du tendon du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Meekren, Tulpeus, Blasius etc., suivirent son exemple. Elle tomba ensuite dans un oubli complet. Le célèbre Thilenius la fit revivre en 1789; vers la fin de ce siècle il l'appliqua à la cure du pied-bot, en coupant le tendon d'Achille. Michaelis (Journal d'Hufeland 1811), vint ensuite, il pratiqua huit fois la section du tendon d'Achille avec le plus grand succès. Puis Sartorius, etc., on abandonna de nouveau cette méthode.

En 1823, Delpech fit la section du tendon d'Achille pour remédier au pied équin. Il se livra à des expériences sur l'homme et sur les animaux, et établit les règles des procédés opératoires. Cette rénovation fut indignement traitée par les médecins français.

Tandis qu'elle restait dédaignée dans le monde médical, l'art vétérinaire s'en empara et lui donna une extension immense. Les artistes vétérinaires qui ont le plus contribué à sa célébrité, sont Lafosse, Bruché, Miguel, Debœux, Delafond, Chopin, Prinz, etc., etc.

Dix années après Delpech, Stromeyer s'en occupa activement; il examina d'abord, de concert avec le célèbre vétérinaire Gunther, par des expériences sur les animaux, l'effet de la rétraction des tendons après leur division. A lui revient la gloire d'être le restaurateur de la ténotomie.

Il fut imité en Allemagne par Dieffenbach, Holscher, Elster, Bunger, Zeis, etc., etc. En France, Duval, Bouvier, Roux, Cazenave, firent fréquemment la section des tendons pour remédier aux différents vices de conformation du pied.

§ III.

Histoire des faits et opinions relatifs à la physiologie des lésions tendineuses.

Plusieurs chirurgiens ont fait mention des plaies des tendons et particulièrement de la rupture du tendon d'Achille.

L'auteur cite environ soixante-dix chirurgiens, à partir d'Hippocrate, Galien, Avicenne, etc., etc., jusqu'a Bell, Sabatier, Boyer, Delpech, Richerand, S. Cooper.

Beaucoup d'entr'eux parlèrent de la cure facile des plaies des tendons,

mais bien peu firent mention de leur rétraction et de sa nature, et cela à cause de leur ignorance en physiologie et de la divergence d'opinions concernant la nature de la cure de ces lésions. On pense généralement que les plaies des tendons produisaient les convulsions, le tétanos, etc., c'est à cette opinion erronée que l'auteur attribue le peu de vogue qu'a eu cette opération.

Il examine ensuite comment cette fausse doctrine prévalut.

Parmi les chirurgiens du siècle passé, les uns regardaient les plaies des tendons comme très-dangereuses, d'autres comme n'ayant aucune gravité, d'autres enfin attribuaient les convulsions à la lésion simultanée d'un nerf;

Paulus Barberette Meekren, Chabert etc., etc., pensaient que les tendons sont insensibles.

Meister attribuait une égale gravité aux tendons et aux nerfs contus ou incomplétement divisés.

Amb. Paré, Petit, Fontaine, etc., redoutaient les plaies des tendons.

Laghi, Grim, Martini, Plenk, attribuaient une grande sensibilité aux tendons, lorsque l'inflammation s'en emparaît.

Boerhaave à l'exemple de Galien, croyait que les tendons avaient leurs nerfs et que leurs blessures étaient aussi dangereuses que celles de ces derniers. Cette opinion des anciens a régné jusqu'à nos jours.

Abraham Titsingh fit le premier mention du cal dans la réunion des tendons lésés, puis Stalpart, Deuhænay, Bezoet.

Baron parle de la régénération tendineuse. Il est en même de Nannon, Mohranheim, Moore, Autenrieth, Boyer, Thomson, etc., etc.

Huhn, Murray, Bichat, Dieffenbach, Pauli, parlent de la réunion par une substance intermédiaire de nouvelle formation des tendons divisés.

Gendrin, Aitkens ont observé l'exfoliation des extrémités séparées des tendons.

Delpech remarqua aussi la substance fibreuse intermédiaire, il croit que vingt-huit jours suffisent à la réunion des extrémités tendineuses, lorsque la peau n'est pas divisée, mais si cette lésion existe, il s'en suit une exfoliation.

Tout récemment, Duval établit la physiologie de la ténotomie par des expériences sur les lapins et les chiens. Il traite exactement de la nature et de la formation de la substance fibreuse intermédiaire qui se développe habituellement après la section des tendons.

§ V.

Remarque sur les expériences que l'auteur fit sur des chevaux et des lapins, concernant la rétraction des tendons divisés.

Il établit deux séries, la première comprend les expériences faites sur des chevaux, la deuxième celles faites sur des lapins. Il fit la première avec Prinz professeur à l'école vétérinaire de Dresde, les pièces anatomiques

sont conservées dans le Musée de cette école; la seconde avec Zeis, médecin à Dresde.

Expériences faites sur des chevaux.

Il rapporte six expériences, il les observa aux époques suivantes : 24 heures, 2 jours, 4 jours, 7 jours, 1 mois, en sacrifiant les animaux.

Expér. I. (1/2 *pouce de séparation.*) — Après la section des tendons antérieurs de la jambe, le cheval boitait et avait la marche accélérée. Au bout de 24 heures, l'auteur observa un caillot de sang assez considérable entre les bouts du tendon, sans nulle apparence de lymphe plastique.

Expér. II. (1 *pouce de séparation.*) — 2 jours. Le caillot est adhérent à l'extrénité supérieure, l'inférieur est recouvert de lymphe plastique.

Expér. III. (1 1/2 *pouce de séparation.*)—4 jours. L'espace laissé par la rétraction tendineuse, est rempli par un caillot sanguin. Sur l'extrémité supérieure du tendon on remarque une lymphe plastique sanguinolente, à la surface conique de l'inférieur se trouve une couche assez épaisse de lymphe plastique.

Expér. IV. — 7 jours. Les extrémités sont coniques et ne paraissent pas si éloignées que les premiers jours. Des exsudations filiformes vont d'une extrémité à l'autre, et paraissent être les premiers vestiges de la réunion plastique complète. L'espace est rempli par du sang caillé mêlé à de la lymphe plastique.

Expér. V. (1 *pouce de séparation.*) — 1 mois. Six jours après l'opération, la plaie était cicatrisée, et le cheval marchait presque naturellement. La substance intermédiaire avait presque la structure du tendon.

Expér. VI. — La sixième expérience a pour objet un cheval blessé.

L'auteur rapporte ensuite trois expériences faites sur des lapins.

§ V.

Marche et mécanisme de la réunion des tendons divisés.

Dans la section d'un tendon, on ressent une douleur médiocre, sans qu'il s'en suive des convulsions. Peu après, les parties divisées se rétractent l'extrémité supérieure beaucoup plus que l'inférieure. L'intervalle se remplit de sang, venant plus particulièrement de la partie supérieure, ce sang se caille, et adhère aux parties environnantes et surtout aux tendons lésés.

Bientôt une lymphe plastique blanchâtre exsude de la plaie des tendons en partie sous le caillot sanguin, en partie des tissus adjacents, et s'organise.

Dans cette exsudation lymphatique coagulée, apparaissent des filaments blanchâtres, ce sont les premiers vestiges de la nouvelle masse tendineuse; ils partent des extrémités lésées et les unissent. La réunion étant opérée, cette masse déjà élastique se consolide de plus en plus, et bientôt elle ressemble au tendon lui-même. Elle en diffère cependant en ce qu'elle n'est

pas aussi lisse ni aussi polie, et paraît plus compacte que le tendon, parce qu'elle est environnée d'une couleur bleuâtre. Ses fonctions sont les mêmes que celles des tendons sains.

Dans le principe, les mouvements sont difficiles, à cause du peu d'élasticité de ce tendon nouveau et de ses adhérences aux parties voisines. L'auteur pense que quatorze jours suffisent à sa confection.

Il apprécie ensuite quelle utilité présente cette opération.

La ténotomie allonge les tendons maladivement contractés. Par elle, on peut espérer de guérir toutes les infirmités qui consistent dans la contraction des tendons. Cette vérité est déjà établie pour le pied équin, le pied-bot et le torticolis.

Après le tendon d'Achille, la section des aponévroses et des autres tendons du pied, peut aussi lui rendre sa rectitude naturelle et permettre aux membres l'exercice de tous leurs mouvements, auparavant empêchés par une difformité. Il en est de même des ankyloses incomplètes qui tiennent à la rétraction tendineuse, ainsi que dans les maladies congéniales ou acquises qui reconnaissent la même cause. Il suffit de nommer le torticolis et la rétraction des doigts, pour connaître ses avantages contre ces affections. Enfin une ère nouvelle commence pour la cure des dilacérations des tendons.

La ténotomie est doublement utile à la chirurgie et à la physiologie.

Société de médecine d'Anvers

DE LA SECTION DES MUSCLES MOTEURS DE LA LANGUE,

CONSIDÉRÉE COMME CURE RADICALE DU BÉGAIEMENT;

Par ZOUDE, (de Tournay),

Docteur en médecine, en chirurgie et en accouchement, membre résidant de la Société de médecine d'Anvers.

Premier mémoire.

La section des muscles moteurs de la langue, a été, il y a peu de temps, proposée par quelques chirurgiens, comme cure radicale du bégaiement, mais aucune d'eux n'a spécifié l'espèce de bégaiement dans lequel on devait l'employer. Aussi, quelques opérateurs ne réfléchissant pas à la diversité des causes de cette infirmité, ont pratiqué cette opération, sans s'inquiéter de la nature du bégaiement auquel ils avaient affaire, et l'insuccès s'en étant suivi, on les entend dire aujourd'hui, que c'est à tort que l'on a vanté la section des muscles de la langue, pour guérir cette maladie; qu'ayant voulu s'assurer par eux-mêmes du résultat de cette opération, l'expérience leur avait appris qu'elle ne procurait pas la guérison, et que dès-lors ils ne pouvaient que conseiller de s'en abstenir dans tous les cas.

Cette conclusion est-elle logique, devons-nous y donner tête baissée et l'admettre telle qu'ils nous l'offrent? non certes, et avec un peu de réflexion, on s'aperçoit aisément à quoi est dû leur insuccès, qu'il dépend de ce qu'ils ont oublié de remonter à la connaissance de la cause prochaine de la maladie, connaissance qui une fois acquise, leur aurait indiqué s'ils devaient ou ne devaient point avoir recours à cette opération.

Mon but, aujourd'hui dans cet article, est, après avoir passé brièvement en revue les opinions des auteurs sur la nature du bégaiement, d'indiquer les cas dans lesquels je crois que la section des muscles moteurs de la langue peut être employée et promettre une cure radicale.

Sauvages (Nosographie méthodique, tome 1, p. 565) l'attribue à la débilité, à la faiblesse des muscles qui servent à l'articulation et notamment à ceux de la langue; Cullen et Itard paraissent adopter cette opinion, que

Rullier a parfaitement réfutée; comment concilier cette idée, dit-il, avec l'extrême facilité suivant laquelle les bègues exécutent tous les mouvements possibles apparents de leur langue et de leurs lèvres? comment la faire cadrer encore avec l'état convulsif ou spasmodique que présentent dans le bégaiement tous les organes de la voix; caractère qui ne permet pas de rapprocher cette affection du balbutiement asthénique, symptôme de l'ébriété ou de la congestion cérébrale? ajoutons d'ailleurs enfin, que ce que l'on sait de l'influence avérée de l'âge avancé, qui tout en affaiblissant très-sensiblement l'énergie de l'action musculaire, n'en produit cependant pas moins la guérison spontanée du bégaiement, ne permet guère de s'arrêter davantage à l'idée que nous combattons.

D'autres placent la cause du bégaiement dans le cerveau lui-même, s'appuyant sur ce que dans l'état physiologique, les phénomènes de la voix et de la parole sont dans un rapport constant avec les différents degrés d'excitation cérébrale, et répondent toujours par leur facilité à l'énergie des sentiments et à la clarté des idées. Mais en quoi consiste cette modification cérébrale? sans prétendre l'expliquer, voici la conjecture que Rullier hazarde à cet égard : chez le bègue, l'irradiation cérébrale qui suit la pensée et devient le principe propre à mettre en action les muscles nécessaires à l'expression orale des idées, jaillit avec une telle impétuosité et se reproduit avec une si grande vitesse, qu'elle passe la mesure de mobilité possible des agents de l'articulation. Dès-lors ceux-ci, comme suffoqués par cette accumulation de la cause incitante ordinaire de leur mouvements, tombent dans l'état d'immobilité spasmodique et de secousses convulsives qui caractérisent le bégaiement. M. Magendie a opposé à cette théorie de nombreux cas de bégaiement qu'il a observés, où le temps ne manquait pas aux muscles de la parole pour exprimer les idées qui n'étaient rien moins qu'abondantes et rapides; d'ailleurs, ajoute-t-il, que dire des bègues qui ne bégaient que dans les moments de calme? de ceux qui ne bégaient qu'en lisant? que penser de ceux qui sont voisins de l'état d'idiotisme? Ce savant physiologiste va même jusqu'à dire que c'est à tort, que l'on a cherché, comme dans une multitude d'autres circonstances, à expliquer ce qui est inexplicable.

Loin d'être de l'opinion de M. Magendie, je pense que l'on peut tenter l'analyse du mécanisme du bégaiement, mais je crois aussi que quiconque voudrait expliquer cette infirmité par une seule et même cause, commettra toujours de graves erreurs.

Défions-nous donc bien de suivre l'opinion de ce physiologiste, recherchons toujours l'étiologie des maladies, car ce n'est que sa connaissance qui peut nous indiquer d'une manière certaine le moyen de la combattre, et lui-même ne peut réfuter ce précepte, à moins de critiquer ses propres œuvres.

La plupart des médecins regardent le bégaiement comme une maladie de nature essentiellement nerveuse. Colombat et Voisin ont soutenu cette opinion par des arguments nombreux, et qui seraient beaucoup trop long à répéter ici. Ils ont rappelés les observations qui tendent à prouver qu'en donnant quelque confiance aux bègues, qu'en les faisant parler sous le masque, qu'en les confiant à quelques libations bachiques, ce qui les conduit

parfois à braver toute critique, on les délivre momentanément de leur infirmité. Si les impressions légères augmentent le bégaiement, ont-ils dit, les impressions vives, les passions véhémentes, les grands mouvements de l'âme, tels que ceux produits par la colère, la peur, une injure grave, un danger imminent, etc., font disparaître cette infirmité pour quelque temps, etc., ils ont avancé que les personnes dont l'intelligence est peu développée, les enfants jusqu'à 4 ou 5 ans, et les vieillards, ne bègaient que très-rarement, parce qu'ils sont, en général, les uns et les autres plus faiblement impressionnés.

Toutes ces raisons, ainsi que plusieurs autres, trop longues à énumérer, prouvent, il me semble, que dans un grand nombre de cas, le bégaiement peut être regardé comme une affection nerveuse.

Recherchons maintenant quelles sont les autres causes du bégaiement :

1° Il peut dépendre (Ch. Bell.) du défaut de coïncidence entre la production du son vocal ou laryngien et les mouvements des organes qui président à l'articulation des mots.

2° Enfin, il est souvent le résultat d'une disposition vicieuse des organes de la parole.

Mais en quoi consiste ce vice local qui produit cette infirmité?

La position difforme des dents, le volume de la langue, son épaisseur, le relâchement de ses ligaments, un vice de conformation de la mâchoire, une conformation particulière de l'os hyoïde, un excès de volume de la luette et des amygdales; une division de la luette, ont été tour à tour regardés comme étant les causes de cette espèce de bégaiement.

Ces opinions sont aujourd'hui tombées dans l'oubli, et si, dans quelques cas de bégaiement, on a observé l'une ou l'autre de ces dispositions, elle ne devait être regardée, que comme une rare coïncidence, et non comme ayant pu produire cette infirmité.

Mais si les opinions qui précèdent sont inadmissibles, il n'en est pas de même de celle de Hervez de Chégoin qui a démontré dans un mémoire des plus intéressants qu'il publia en 1830, que le bégaiement consiste dans un obstacle aux mouvements faciles de la langue. Cet obstacle réside, ou dans la mauvaise conformation du frein, ou dans la brièveté du tissu charnu de la langue, ou enfin dans un défaut de proportion entre la longueur de cet organe, et la distance qui le sépare des parois de la bouche, qu'elle doit toucher en quelques points pour la formation de beaucoup de syllabes.

Résumons donc l'état de nos connaissances sur la nature du bégaiement et disons :

On doit diviser le bégaiement considéré relativement à sa cause, en bégaiement nerveux et en bégaiement organique.

La nature du bégaiement étant bien connue, il nous reste à voir si dans tous les cas, on doit pratiquer la section des muscles moteurs de la langue, pour en obtenir la guérison.

Rien de plus facile maintenant que de décider ce point en litige, et pour cela examinons ce qu'il arriverait, si l'on pratiquait cette opération dans l'une et l'autre espèce de bégaiement que nous venons d'admettre.

D'abord le bégaiement nerveux, où est sa cause? en quoi consiste-t-il? sa cause est essentiellement nerveuse, on peut donc le considérer comme

l'expression d'un état particulier des centres nerveux. Il consiste dans la succession plus ou moins rapide des mouvements convulsifs, exécutés par la langue, la mâchoire inférieure, etc., ou dans une sorte de raideur tétanique de tous les muscles de la respiration, et principalement de ceux du larynx et du pharynx.

Eh bien! que ferait la section des muscles lingaux dans cette variété du bégaiement, enléverait-elle la modification cérébrale qui le produit, et celle-ci persistant, pourrait-elle empêcher la langue et la mâchoire inférieure de se contracter convulsivement? et dans cette même variété due à une raideur tétanique des muscles du larynx et du pharynx, croit-on que la section des muscles de la langue puisse enlever la raideur de ceux de ces deux organes? Il faudrait pour cela admettre une influence sympathique, sur laquelle jusqu'aujourd'hui on n'avait nullement réfléchi, ou bien, il me semble que si une opération devait être pratiquée ici, ce serait la section des muscles laryngés, mais personne, je l'espère, n'osera même la conseiller. Soyons donc consciencieux et disons, que dans le bégaiement nerveux, toute opération pratiquée sur les muscles de la langue est tout à fait inutile, et qu'elle pourrait même par la douleur qu'elle occasionne, augmenter cette infirmité.

Mais en est-il de même du bégaiement organique? Certes non, et ici deux opérations sont indiquées.

La première est la section du filet de la langue, si celui-ci est trop long.

Cette influence du prolongement du filet de la langue, avait depuis longtemps été indiquée par les nosologistes; Guy de Chauliac et Boyer dans son Traité des Maladies Chirurgicales, tome VI, page 102, l'avait prévue et en avait aussi proposé sa section; mais ce n'est réellement que Hervez de Chégoin qui a bien indiqué : 1° que chez beaucoup de bègues, ou bien le filet s'étend fort près de la pointe de la langue, ou bien qu'il est plus dur, plus épais; 2° que dans l'enfance sa section suffit pour procurer la guérison, mais que chez l'adulte, après avoir pratiqué cette opération il faut s'opposer à la réunion des parties divisées, et ensuite, par des exercices répétés, accoutumer la langue aux mouvements et aux changements de forme nécessaires à chaque syllabe.

La deuxième opération est la section des muscles moteurs de la langue.

Deux questions se présentent ici à l'observateur relativement à cette seconde indication :

1° Comment reconnaîtra-t-on que le bégaiement est du à la brièveté du tissu charnu de la langue ou à un défaut de rapport entre la langue et les parois de la bouche et que conséquemment l'opération précitée est indiquée?

Avec un peu d'habitude et de connaissances des mouvements de la langue dans l'état physiologique, on s'assurera facilement, en ordonnant à l'individu, de faire jouer celle-ci, la bouche étant ouverte; ou qu'il aura de la difficulté pour l'appliquer contre la voûte palatine, ou qu'il ne pourra la porter que difficilement en avant et que le renversement de sa pointe sur sa face supérieure sera moins complet, moins facile, ou enfin qu'il y aura diffi-

culté des mouvements de celle-ci en arrière l'une ou l'autre de ces dispositions existantes, annonce que le bégaiement est dû à la disposition linguale que nous avons indiquée.

2° *question.* — Quels sont les muscles de la langue dont on doit faire la section pour obtenir la cure radicale du bégaiement?

Pour résoudre cette question , il faut examiner quels sont les mouvements que chacun des muscles de la langue fait exécuter à cet organe, en se contractant, afin d'en déduire quel est celui dont la brièveté du tissu charnu ou autre disposition analogue, empêche cet organe de se porter en haut, en avant, ou en arrière.

Trois muscles principaux concourent aux mouvements de la langue, ce sont :

1° Le Mylo-glosse, qui la porte en haut et en arrière.

2° L'hyo-glosse, qui l'abaisse.

3° Et le génio-glosse, dont les fibres inférieures la portent en avant et les fibres supérieures en arrière.

Il résulte de ces mouvements que les muscles moteurs de la langue impriment à cet organe :

1° Que si la langue ne peut être portée librement en haut, contre la voûte palatine, la cause a son siége dans le muscle hyo-glosse.

2° Que si elle ne peut être portée librement en avant, la cause réside dans les fibres supérieures du muscle génio-glosse.

3° Que si elle ne peut être portée librement en arrière, la cause en est dans les fibres inférieures du génio-glosse.

De tout ce qui précède, nous concluons :

1° Que toutes les fois que l'on a à traiter un individu atteint de bégaiement, il faut rechercher si celui-ci est nerveux ou organique ;

2° Que dans le deuxième cas, il faut voir s'il est dû à la mauvaise conformation du filet où à un obstacle qui s'oppose aux changements de forme et de position de la langue, obstacle qui a toujours son siége dans l'un ou l'autre des muscles moteurs de la langue.

3° Qu'il faut ensuite examiner quels sont les mouvements que la langue ne peut exécuter sans gène.

4° Que si celle-ci ne peut se porter librement en haut, on doit faire la section des muscles hyo-glosse, pour obtenir la guérison radicale de cette infirmité.

5° Que si elle ne peut se porter librement en avant, c'est celle des fibres supérieures du génio-glosse que l'on doit pratiquer.

6° Que si enfin, elle ne peut se porter librement en arrière, c'est à celle des fibres inférieures de ce dernier muscle qu'il faut avoir recours.

7° Que jamais on ne doit faire la section du stylo-glosse, puisque celui-ci ne pourrait qu'empêcher les mouvements de la langue en bas, en la tenant soulevée dans l'intérieur de la bouche, disposition qui n'a point encore été observée dans le bégaiement.

8° Qu'après l'opération, il faut accoutumer la langue aux mouvements et aux changements de forme nécessaires à chaque syllabe.

Ici finit, ce que j'avais à dire, sur la nature et les indications de l'opération de la glossotomie. Ce travail comme vous le voyez, est incomplet ; j'au-

rais dû rapporter des exemples où cette opération pratiquée sur des individus atteints de bégaiement dont la cause avait son siége dans les muscles moteur de la langue, a été suivie de succès, ce qui certainement aurait donné beaucoup plus de poids à ce que j'ai avancé dans cet article; mais si je ne l'ai point fait, ce n'est point faute d'observations, car j'ai été aidé, dans deux de ces opérations pratiquées, il y a peu de temps, par un de mes confrères ; mais comme celui-ci se propose de publier ces observations, je dois aujourd'hui rester muet sur leur résultat.

Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE FARCINEUSE ;

Recueillie par M. THYS, docteur en médecine, membre effectif.

Postiau, (Baptiste Charles,) conducteur attaché à la troisième batterie d'artillerie de campagne, âgé de 22 ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais eu que de légères indispositions, et n'ayant jamais été atteint d'affections syphilitiques, avait pour emploi de soigner les chevaux malades et notamment les chevaux morveux et farcineux; il fut admis, le six novembre 1833, à l'hôpital militaire de Malines, pour une indisposition qui datait de huit jours; il éprouvait un sentiment de tristesse, de la lassitude avec reserrement de la poitrine; toux douloureuse, oppression et expectoration visqueuse; fièvre; céphalalgie et douleurs dans les membres inférieurs; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre, la soif intense, l'appetit nul, les selles régulières, les urines brulantes, le pouls fort et fréquent. En outre il portait depuis dix jours une plaie au petit doigt de la main droite.

Prescription.— Saignée de seize onces; potion et boissons émollientes, diète absolue ; (le sang était couenneux).

Le lendemain 7 novembre, toux moins douloureuse, respiration plus libre, expectoration moins visqueuse, les autres symptômes sont les mêmes. —Saignée de douze onces; boissons émollientes; diète absolue. (Le sang de la saignée n'offre plus de couenne.

Le 8, mêmes symptômes que la veille.—Dix sangsues à la partie antérieure de la poitrine; cataplasmes et boissons émollientes, diète.

Le 9, face légèrement tuméfiée, érysipélateuse; pustules sur le nez qui est un peu gonflé; céphalalgie; les réponses quoique généralement justes, annonçaient de temps en temps un leger trouble dans les fonctions intellectuelles, l'abdomen était insensible à la pression, la langue recouverte d'un enduit brun-jaunâtre à la partie moyenne et rouge aux bord et à la pointe, soif vive, légère dyspnée, toux sans expectoration.—Boissons émollientes, diète.

Le 10, de nouvelles pustules, contenant une sérosité jaunâtre, se sont formées sur le nez et la face, ces parties sont légèrement gonflées et erysipélateuses; céphalalgie très-forte, parfois délire, même état de la langue; deux

selles, urines abondantes; pouls plein et dur.—Douze sangsues derrière les oreilles et sur le trajet des jugulaires, le reste *ut suprà.*

Le 11, l'éruption pustuleuse de la face continue et s'étend au cou et à la poitrine; une tumeur volumineuse d'un bleu-pâle, fluctuante, peu douloureuse, s'est développée sur le dos de la main droite, d'autres tumeurs de forme et de grandeur variables, légèrement violacées, les unes dures non fluctuantes, les autres offrant une fluctuation obscure sans apparence inflammatoire, se montrent sur les bras et les jambes, un écoulement d'un liquide jaunâtre a lieu par les narines; les piqûres des dernières sangsues ainsi que celles qui se trouvent sur la poitrine sont enflammées et suppurent, ces dernières commencent à fournir un pus fétide et de mauvaise nature; la plaie du petit doigt droit répand aussi un pus fétide et présente un commencement de gangrène; la langue est sèche et couverte d'un enduit brunâtre; le malade se plaint de chaleur à la gorge et de douleur dans les articulations des membres inférieurs, qui ne sont pas gonflés; pour le reste même état. — Huit sangsues sur les pieds ; continuation des boissons émollientes ; diète.

Le 12, quelques nouvelles tumeurs très-peu douloureuses et pareilles aux précédentes paraissent aux bras, aux cuisses et aux jambes, dont les plus volumineuses sont légèrement fluctuantes; les piqûres des sangsues, qui se trouvent derrière les oreilles et sur la poitrine laissent écouler un liquide sanieux, brunâtre, et offrent des signes de gangrène, celles des coude-pieds suppurent aussi; l'écoulement par les narines est jaunâtre et purulent; les pustules de la face, du nez, du cou et de la poitrine, dont le volume varie depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un pois ordinaire, sont remplies d'une sérosité rougeâtre ; les paupières sont œdémateuses ; le pouls est petit et fréquent. — Décoction de quinquina ; camphre ; limonade vineuse ; deux vésicatoires aux mollets; fomentations aromatiques sur les tumeurs; bouillon.

Le 13 et le 14, l'état du malade devient de plus en plus grave; l'abcès de la main droite laisse écouler un liquide brunâtre. Les vésicules et les pustules de la face, du nez, du cou, de la poitrine et celles qui viennent de paraître sur les paupières sont devenues livides, quelques-unes laissent échapper un ichor liquide et brunâtre et se couvrent d'une croûte foncée; d'autres tumeurs comme de petits furoncles, non fluctuantes, livides, etc., dures au toucher, se manifestent à la partie supérieure du bras droit, toutes les morsures des sangsues sans distinction sont gangréneuses et laissent échapper une matière ichoreuse noirâtre très-fétide, les plaies des vésicatoires sont ulcérées, elles présentent un aspect livide et fournissent un pus fétide et de mauvaise nature; un liquide brun et purulent sort des deux narines; la face œdématiée présente un commencement de gangrène ; le délire alterne avec quelques moments lucides; le pouls est petit; la langue sèche et noirâtre ainsi que les gencives ; la soif est très-vive ; il y a toux et oppression.

Prescription. — *Ut suprà*, à l'exception des vésicatoires ; lavement avec une décoction de quinquina et quelques grains de camphre.

Le 15, les paupières, le nez, en un mot, la face entière sont envahis par la gangrène, même écoulement par les narines que hier; une tumeur plus volumineuse que les autres, molle, fluctuante, indolente, offrant un aspect

bleuâtre, se montre un peu au-dessous de l'aisselle droite, taches gangréneuses entre les morsures des sangsues à la poitrine, etc., aux coude-pieds; prostration; délire tranquille continu; pouls fréquent et petit; soif inextinguible; oppression très-prononcée; le malade dépérit, perte complète de connaissance; selles et urines involontaires; sueur froide; les forces s'éteignent, etc.; le malade meurt le 16 à 5 heures du matin.

Autopsie.

La surface du corps, notamment la face, le cou, les bras et les jambes sont couverts par des pustules et des tumeurs noires, gangréneuses de volume variable, quelques-unes de ces tumeurs ayant été incisées, les unes plus profondes contenaient des collections purulentes, les autres plus superficielles laissaient écouler un liquide noirâtre; l'abcès, qui se trouvait un peu au-dessous de l'aisselle droite, ayant été ouvert, laisse échapper une matière sanieuse, brunâtre et puriforme; la plaie que le malade portait au petit doigt de la main droite, à son entrée à l'hôpital, était violacée, gangréneuse ainsi que les morsures des sangsues qui offraient dans leur intervalle des taches bleuâtres. Le cerveau et ses membranes n'offraient rien de notable.

Les deux poumons présentaient à leur surface et dans leur épaisseur un grand nombre de petits corps rougeâtres, durs, arrondis, (véritable pneumonie lobulaire), autour desquels le tissu pulmonaire était compact et sans crépitation, leur volume variait depuis une grosse tête d'epingle jusqu'à celui d'une noisette; quelques-uns offraient à leur centre une matière d'un blanc laiteux semblable à du pus épais.

Des concrétions albumineuses, membraniformes, recouvraient les plèvres pulmonaire et costale, elles n'avaient encore contracté aucune adhérence, en outre un demi-verre environ de sérosité trouble était épanché dans la plèvre droite.

Le cœur, le péricarde et les gros vaisseaux ne présentaient rien de remarquable non plus que le larynx et la trachée-artère; la surface interne des bronches était très-rouge.

La muqueuse gastrique présentait dans la grand cul-de-sac une légère injection, le reste du canal intestinal était sain, ainsi que les autres organes contenus dans l'abdomen.

N. B. L'état de la muqueuse du nez, du pharynx et de l'œsophage n'a pas été constaté, l'existence de la transmission de la morve du cheval chez B. C. Postiau n'ayant été soupçonnée qu'une huitaine de jours après la mort.

Considérant que B. C. Postiau soignait journellement des chevaux morveux, qu'il était obligé de l'aveu même du vétérinaire, de laver leurs narines de temps en temps en y introduisant sa main armée d'une éponge, qu'à son entrée à l'hôpital il était déjà depuis une dizaine de jours porteur d'une plaie au petit doigt de la main droite, et que la maladie dont il a été atteint, ne ressemble à aucune maladie propre à l'homme, mais au contraire qu'elle offre la plus grande ressemblance avec une des principales maladies de la

pathologie vétérinaire, la morve aiguë, je pense, qu'il a succombé à cette dernière maladie résultat probable de l'introduction de la matière morveuse dans l'organisme par la voie de l'absorption.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Le travail sur lequel nous avons été chargés de vous présenter un rapport est l'observation d'un conducteur d'artillerie qui, après avoir pansé des chevaux morveux et farcineux, étant porteur d'une plaie au petit doigt, a offert une série de phénomènes pathologiques, que l'on n'a su comparer aux symptômes d'aucune affection de notre cadre nosologique, mais que l'auteur croit devoir rapporter à la morve aiguë et qu'il attribue à l'introduction du poison animal dans l'organisme par la voie de l'absorption.

Cette opinion que votre commission adopte est loin d'être partagée par tous les pathologistes, cependant les expériences auxquelles se sont livrés et les recherches que poursuivent encore, avec tant d'ardeur, MM. Leblanc et Alfred Becquerel, les savants mémoires de MM. Rayer et Breschet, ceux de MM. Nonat et Bacley, les rapports favorables qui les ont suivis, les discussions non moins intéressantes que ces travaux ont provoqués au sein de l'Académie royale des sciences à Paris, n'ont pas peu contribué à convertir ceux-là même, qui s'appuyant sur leurs propres expériences en invoquant les assertions des hommes les plus recommandables et experts dans la matière, nièrent formellement toute transmission de la morve du cheval à l'homme. Aussi est-il, aujourd'hui, généralement reconnu par les observateurs qui se sont spécialement livrés à l'étude de cette terrible affection, que la morve aiguë et la morve chronique sont deux affections de même nature, qui présentent des différences dans leur marche et dans leur expression symptomatique, susceptible de se transmettre par contact immédiat du solipède à l'homme; la morve chronique paraît beaucoup moins contagieuse que la morve aiguë.

Admettons un moment, avec M. Magendie, que la morve soit une maladie du genre de celles que l'on nomme charbonneuses et qu'elle consiste dans une altération du sang; doit-on alors aussi admettre, comme il le prétend, qu'elle peut se développer chez l'homme sous l'influence des mêmes causes que chez les solipèdes? Nous penchons vers la négative, car tous les cas de morve observés, jusqu'à ce jour, chez l'omme, sont le résultat de l'inoculation accidentelle d'une humeur morveuse; il est de fait qu'en adoptant l'opinion de l'illustre physiologiste, on rencontrerait bien plus d'individus

(1) *Commissaire,* M. Hendrickx, *rapporteur,* M. Buleen.

morveux, qu'il ne s'en présente à l'observation et une assertion de cette gravité ne tarderait pas à jeter l'épouvante chez tous ceux qui seraient obligés de soigner des chevaux ou de séjourner dans les écuries. La transmission de la morve par contact immédiat nous parait donc seul probable, aussi l'observation de M. Thys vient à l'appui de ce que nous avançons.

D'ailleurs si nous nous rappellons la facilité avec laquelle l'absorption a lieu à la surface des parties recouvertes d'un épiderme mince et habituellement humide, combien cette fonction peut-être favorisée par l'ablation de l'enveloppe épidermoïque, nous devons admettre que les écorchures, des plaies aux doigts d'un homme, qui soigne des animaux malades, peuvent s'exposer à tel ou tel genre d'infection. L'inoculation variolique, l'insertion de la vaccine, la transmission de la maladie vénérienne fournissent la preuve des obstacles que l'épiderme apporte à l'absorption cutanée et de la facilité avec laquelle cette fonction s'exécute aux surfaces dénudées de cette enveloppe. Ce qui s'observe chez l'homme pour ses propres maladies, ne pourrait-on pas l'observer chez lui pour des maladies qui règnent sur les animaux? Ne voit-on pas la rage se communiquer à l'homme par la morsure d'un animal enragé? La pustule maligne ne provient-elle pas du contact d'animaux atteints de maladies charbonneuses? On prétend même que cette dernière affection peut-être transmise à l'homme par la piqûre d'un insecte qui aura été se repaître sur le cadavre d'un animal charbonneux. S'il est prouvé enfin que l'espèce chevaline est la seule, chez laquelle la morve se développe spontanément, il n'y a pas de raison pour douter que sa transmission puisse avoir lieu à un homme blessé au doigt, et qui est continuellement en contact avec les mucosités morveuses.

Quoique votre commission regrette que l'observation de l'honorable membre n'ait pas été receuillie avec plus de détails, que l'autopsie n'ait pas été faite avec plus de minutie, elle éprouve néanmoins le besoin d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante communication; et afin de fixer l'attention des praticiens sur une nouvelle calamité qui afflige l'espèce humain, elle vous propose l'insertion du travail dans vos annales.

TUMEUR CANCÉREUSE

DÉVELOPPÉE DANS LE PETIT BASSIN;

Observation recueillie par M. le docteur WITTMANN, membre effectif.

Une dame âgée de 65 ans, commença a se plaindre, dans le courant de l'été de 1838, de dérangements dans les fonctions intestinales; des flatulen-

ces, des borborygmes et une constipation non habituelle, furent les prodrômes d'une maladie qui, pendant deux ans, devait cruellement tourmenter la malade et finir par la conduire au tombeau.

Peu à peu ces symptômes s'agravèrent; des selles peu copieuses mais plus fréquentes la fatiguèrent; l'anus devint le siége d'une douleur sourde et continuelle, attribuée d'abord à la fréquence des évacuations seybaleuses; elle accusa une sensation le long du trajet du colon transverse, semblable a l'effet produit par un purgatif; un malaise général se prononça.

La présence de quelques tumeurs hémorrhoïdaires autour de l'anus, et le récit que faisait la dame, que d'ancienne date elle était hémorrhoïdaire et fortement prédisposée à la diarrhée, que tel ou tel aliment, le purgatif le plus léger avaient suffi pour lui procurer une superpurgation, nous donnèrent l'éveil et nous firent soupçonner que le siége du mal se trouvait non loin de l'anus, et la réunion des symptômes actuels avec les signes commémoratifs nous fit diagnostiquer une irritation chronique des gros intestins, provoquée et entretenue par la suppression d'une flux hémorrhoïdaire, autrefois habituel. On prescrivit des sangsues à l'anus, des demi-lavements émollientes, des bains de siége de même nature, et un régime humectant

Cette médication n'apporta qu'un soulagement momentané, la malade se sentit de plus en plus souffrante, l'appétit diminua, le goût devint capricieux, le sommeil, interrompu par les douleurs de l'anus, ne repara plus la perte de ses forces, le moral s'abattit; les matières fécales prirent un aspect tout particulier, d'une couleur jaune-verdâtre et d'une consistance moindre quoique liée, l'évacuation en devint de plus en plus rare, pendant plusieurs jours elle se supprima, mais les douleurs de l'anus n'en existèrent pas moins; ces intervalles se prolongèrent, plus tard, jusqu'à quinze et même trente jours, et alors, après toute une journée de souffrances terribles dans le rectum, une masse énorme de matières dures se faisait jour et mettait un terme à cette constipation.

Un symptôme alarmant vint, à cette époque, compliquer le mal sans jetter plus de lumière sur le diagnostic, des flocons albumineux, quelquefois sanguinolents, se présentaient continuellement à l'anus qui les évacuait péniblement, et sans que jamais ils se mêlassent aux matières fécales, la quantité s'en accrut successivement jusqu'à plusieurs onces dans les 24 heures; ils offraient une particularité que nous n'avons pu nous expliquer, c'est l'odeur de sperme dont ils étaient imprégnés. Cette sécrétion anormale, ainsi que les selles et les vents intestinaux étaient autant de causes qui venaient successivement aggraver les souffrances locales. Ces symptômes s'offraient surtout à une heure déterminée de l'après-dîner : dans ce moment l'anus itérativement agacé par ces différentes excrétions se contractait continuellement pour les évacuer, de là naquit un vrai ténesme semblable à celui de la dysenterie.

Cette série de symptômes n'avait produit jusque-là que peu ou point de réaction dans l'état général des fonctions, jamais la fièvre ne se déclarait, quoique le dépérissement devint plus sensible et l'affaissement moral plus complet; le ventre restait souple et insensible au toucher, excepté dans la région iliaque gauche, qui présentait une légère rénittence douloureuse à la pression, du reste on ne découvrait aucune dureté.

De nouvelles recherches avaient été faites pour s'assurer du siége du mal, le doigt introduit dans l'anus n'avait fait découvrir rien d'anormal, il en fut de même du côté du vagin et de l'utérus, mais en poussant avec plus de force l'index, le plus haut possible, dans le rectum, la malade accusait une sensibilité, et on sentait un obstacle, mais placé trop haut pour pouvoir être exploré convenablement; des lavements injectés passaient très-imparfaitement, et, souvent, étaient immédiatement répoussés, des sondes ou canules en gomme élastique étaient difficilement admises dans le rectum.

Dès ce moment plus de doute sur l'existence d'un obstacle physique dans le rectum qui en obstruait le diamètre, le doigt explorateur en avait d'ailleurs confirmé la probabilité et l'idée d'un rétrécissement de cet intestin parut satisfaire à l'explication de tous les symptômes et en effet la contraction continuelle de l'anus excitée par les matières amassées à quelques pouces plus haut, la rétention des dites substances, pendant un temps considérable, pour se faire jour avec violence soit par les seuls efforts de l'économie soit au moyen de l'art, la rénittence douloureuse existant dans la région iliaque gauche due au séjour prolongé des fèces et des vents intestinaux; l'injection des lavements qui étaient répoussés aussitôt qu'ils avaient atteint l'obstacle, la sécrétion des flocons albumineux pouvant fort bien provenir du bourrelet qui formait le rétrécissement, tout ceci fut pour nous une forte présomption pour diagnostiquer le rétrécissement et on agit en conséquence.

Des injections huileuses et narcotiques, des mèches enduites des mêmes préparations et rendues de plus en plus épaisses furent introduites dans le rectum, et l'huile de ricin administrée à l'intérieur.

Ces moyens étaient à peine mis en usage qu'ils servirent eux-mêmes à nous démontrer une erreur, tout en nous signalant le vrai caractère du mal; les mèches quelqu'épaisseur qu'on leur donnat et quoique de toute la longueur d'une grande canule en gomme élastique qui leur servait de soutien, étaient introduites dans le rectum sans que la défécation en rétirat le moindre amendement; aucune trace du prétendu bourrelet ne se dessina sur la mèche après plusieurs heures de demeure; mais une courbure toujours dirigée dans le même sens c'est-à-dire de derrière en avant, nous fit abandonner l'idée du rétrécissement tel qu'on l'avait d'abord conçu pour admettre un obstacle situé en dehors de l'intestin et comprimant celui-ci de manière à diminuer sa capacité; cette opinion fut partagée par plusieurs personnes consultées à ce sujet. On se borna depuis lors à un traitement palliatif.

Depuis peu la malade maigrissait sensiblement, des douleurs lancinantes venaient se joindre à la tourmente continuelle existant dans l'anus et jamais à l'endroit où la tumeur avait son siége, c'est-à-dire devant le sacrum; ces douleurs arrachaient des cris perçants à la malade surtout la nuit. Nous nous confirmâmes dans l'idée admise d'une tumeur qui passait à l'état cancéreux; Les fonctions digestives s'alterèrent, la langue devint âpre, la soif inextinguible, l'anorexie complète; des éructations amères survinrent pour ne plus cesser, la sécrétion urinaire diminua notablement, des selles liquides et rougeâtres d'une fétidité insupportable étaient continuellement excrétées. L'évacuation des flocons albumineux qui avait duré environ toute une an-

née cessa complétement, longtemps avant la mort; un râle s'établit dans les bronches, des efforts de toux s'établirent pour expulser les mucosités bronchiques, cause du râle; un léger œdème survint aux pieds; la malade vecut encore quelque temps dans cet état pitoyable et ne s'alita que quinze jours avant sa mort, offrant seulement alors un pouls fébrile avec chaleur âcre, qu'un froid glacial avec absence de pouls annonçant la gangrène et la mort remplaça pendant trois jours.

Autopsie

A l'ouverture des parois abdominales aucun liquide ne s'échappa, on ne découvrit nulle trace de phlogose dans le péritoine; mais ce qui frappa d'abord la vue, ce fut le trajet du colon qui se dessinait dans toute sa longueur bourré par des duretés que l'incision nous montra être des matières fécales dures et sèches, entassées les unes sur les autres depuis le cœcum jusqu'à l'endroit rétréci par la tumeur, la muqueuse intestinale n'offrit rien d'anormal mais son aspect devint gangréneux dans la fosse iliaque gauche pour finir par des perforations gangréneuses vers l'articulation sacro-vertébrale, deux doigts introduits simultanément par l'anus et la partie supérieure du rectum se rencontrèrent librement; ce fut à peine si l'on découvrit une tumeur développée dans le tissu cellulaire situé entre le rectum et le sacrum c'est-à-dire dans le replis du péritoine qui forme le méso-rectum.

Cette tumeur de forme applatie épaisse d'environ deux pouces, s'étendait depuis le coccyx jusqu'à l'articulation sacro-vertébrale, où elle se divisait en plusieurs petits lobes, elle s'étendait latéralement dans le petit bassin de manière qu'en embrassant fermement le rectum dans au moins deux tiers de sa circonférence, elle servait encore de base aux ovaires qui s'appuyaient librement sur elle.

L'odeur infecte des matières fécales et des parties gangrénées nous empêcha de mieux examiner la tumeur dans ses rapports, nous fûmes obligés d'en faire la résection pour mieux la voir; à l'incision elle fut trouvée moins dure que les carcinômes de la peau et les cancers du sein, ne criant pas sous le scalpel; son tissu pourtant était serré, d'un blanc grisâtre, laissant des espaces fort petits d'où suintait un liquide visqueux, noir; des vaisseaux d'assez fort calibre s'y trouvaient parfaitement organisés; elle nous a paru d'après sa situation sous-péritonéale appartenir à l'espèce mélanose décrite par les auteurs.

Deux questions nous paraissent se présenter à la suite de l'autopsie; 1° comment expliquer la presqu'impossibilité qu'éprouvaient les matières stercorales à traverser le rectum dont la cavité fut trouvée peu ou point rétrécie? 2° quelle a été la source d'où provenaient les flocons albumineux pendant la vie? A la première de ces questions nous pensons pouvoir répondre, que la cause de cette difficulté peut être attribuée d'abord à l'inaction à laquelle était réduit le rectum par son adhérence parfaite avec la tumeur qui a du complétement neutraliser la contraction dont sa membrane musculaire est naturellement douée, ensuite à l'exagération de l'angle d'insertion de l's du colon sur le rectum par le développement de la tumeur. Quant à la source des flocons albumineux; nul

endroit de la surface muqueuse ne nous a paru assez altéré pour avoir pu fournir une sécrétion aussi anormale et aussi abondante, nous croyons que la tumeur que l'on a trouvée avec une organisation complète de vaisseaux a pu être le foyer de cette sécrétion versée dans la cavité du rectum au fur et à mesure de sa formation.

QUELQUES REMARQUES ET OBSERVATIONS

SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES, DITS ATONIQUES, AU MOYEN DE LA COMPRESSION PAR LES BANDELETTES AGGLUTINATIVES;

Par M. L. THYS, docteur en médecine et en chirurgie, membre effectif.

Le traitement des ulcères, par la compression, au moyen des bandelettes agglutinatives, doit être attribué à Baynton, chirurgien Anglais, auteur d'un ouvrage sur ces affections, dans lequel il a exposé sa méthode. Celle-ci ne reçut pas dès le principe l'accueil, qu'elle méritait, à cause de la vive irritation, que produisaient les bandelettes, dont Baynton faisait usage; plus tard quelques modifications y ayant été apportées, plusieurs praticiens n'hésitèrent pas à l'adopter et à la mettre en pratique.

Parmi les illustrations médicales en France, nous citerons MM. Roux, Velpeau et Ph : Boyer, qui, les premiers, se sont servis de bandelettes agglutinatives dans le traitement des ulcères. — M. Roux employa déjà cette méthode en 1814; mais avec trop peu de suite pour en retirer beaucoup de fruit; ce n'est que depuis une dizaine d'années que les deux derniers ont su la faire sortir de l'obscurité, dans laquelle elle était en quelque sorte ensevelie et lui donner tout l'éclat, dont elle jouit aujourd'hui non seulement en France, mais en Europe, par les brillants succès, qu'ils ont obtenus sur les malades confiés à leur soins : toutefois nous pensons, qu'elle n'est pas encore assez généralement appréciée : notre but est de fixer de nouveau l'attention des praticiens, particulièrement de ceux, qui n'ont pas encore renoncé à l'ancienne méthode, sur les bandelettes agglutinatives, en faisant connaître les avantages, que nous en avons retirés, par des observations, que nous avons recueillies dans notre pratique particulière, et que nous ferons précéder de quelques considérations pratiques sur les dits ulcères.

Les bandelettes, dont nous nous servons, sont composées de diachylum gommé; elles sont souples et ne s'attachent pas trop fortement à la peau; elles ont une largeur de dix lignes à un pouce et une longueur telle, qu'elles

puissent faire une fois et demie le tour du membre; nous commençons leur application à un pouce et demi à deux pouces au-dessous de l'ulcère pour finir à la même distance au-dessus; d'après le conseil de Ph. Boyer nous les croisons sur les côtés opposés à l'ulcère et faisons en sorte que la deuxième s'applique sur la première par la moitié de sa largeur, que la troisième soit disposée de la même manière relativement à la deuxième et ainsi de suite, etc.

Il faut que la compression que les bandelettes exercent, soit modérée, continue et uniforme, de cette manière elles doivent ramener la peau vers la surface ulcérée, affaiser les bords, aider ainsi l'action de la membrane des bourgeons charnus et hâter par conséquent la cicatrisation; un bandage roulé appliqué sur toute la longueur du membre en commençant par sa partie inférieure ne peut que séconder l'action des bandelettes.

MM. Roux et Ph. Boyer sont d'accord, qu'on peut avoir recours, sans danger, à la compression pendant que l'ulcère est enflammé; M. Marjolin ne partage pas leur opinion et insiste sur la nécessité de combattre préalablement l'inflammation : nous ne nous prononcerons ni pour l'une, ni pour l'autre de ces opinions, nous nous bornerons à faire remarquer qu'il y a des ulcères, qui sont trop enflammés, qu'il y en a d'autres, qui ne le sont pas assez; qu'il faut, avant d'en venir à l'application des bandelettes, modérer les douleurs de l'inflammation trop vive, dont ils peuvent être le siége, par un traitement antiphlogistique, et les exciter au contraire, s'ils manquent du degré d'irritation nécessaire à leur cicatrisation.

Il arrive quelquefois, que pendant l'application des bandelettes, il se déclare dans la partie malade les phénomènes d'une véritable inflammation; il faut alors, après avoir levé l'appareil emplastique, employer des lotions émollientes, des cataplasmes de même nature et les continuer jusqu'à ce que, par la disparition de l'inflammation, la réapplication des bandelettes puisse être supportée; et lorsque l'excessive sensibilité des parties malades s'oppose à l'emploi de la méthode de Baynton, nous conseillons de les enduire avec un corps gras, tel que du cérat; si ce moyen était encore insuffisant et s'il survenait un état inflammatoire, on devrait faire usage d'une compression méthodique pure et simple.

Quand l'ulcère reconnaît pour cause un vice intérieur, il faudrait, en même temps qu'on emploie les bandelettes, soumettre le malade à un traitement interne approprié.

Baynton et tous les chirurgiens anglais en général, partisans de sa méthode, font renouveler l'appareil tous les jours, particulièrement au commencement du traitement : voulant imiter en cela l'exemple de M. Velpeau, nous ne pansons que tous les trois, quatre ou cinq jours, suivant que les parties sont plus ou moins irritées.

M. Valbrune, auteur d'une dissertation sur les ulcères atoniques, fait la remarque suivante; s'il existe, dit-il, du gonflement lors de l'application des bandelettes, ce gonflement ne tarde pas à diminuer et même à disparaître par l'effet de la compression et si l'appareil vient à se relâcher, il faut, qu'il soit renouvelé plus souvent : en même temps il émet l'opinion, que les pansements rares n'influent pas moins sur la guérison des ulcères que la compression elle même.

Le traitement des ulcères par la méthode anglaise ou de Baynton présente entre autres les avantages suivants :

1° Les malades, au lieu de garder le repos au lit, peuvent marcher et même se livrer à leur exercice accoutumé du consentement de la plupart des chirurgiens, qui y ont recours ; M. Ph. Boyer et avant lui M. Baynton semblent avoir observé, que la marche ne fait que consolider davantage la cure en rendant la cicatrice plus forte plus résistante et par conséquent moins exposée à se déchirer que lorsqu'on emploie le traitement ordinaire.

2° Les praticiens, qui ont fait usage des bandelettes, sont généralement d'accord, qu'elles sont supérieures à toute autre méthode de traitement connue jusqu'à ce jour, et qu'il n'est même pas très-rare de voir certains ulcères rebelles, dont l'opiniâtreté était attribuée à un vice indéterminé de la constitution, se cicatriser sous l'influence de ces agents thérapeutiques. Selon M. Velpeau, les ulcères, qui ont de deux à cinq pouces d'étendue, ne demandent en général que dix, quinze ou vingt jours, c'est-à-dire trois, quatre ou cinq pansement pour être entièrement cicatrisés : moins heureux que le praticien distingué de Paris, sur cinq malades traités par les bandelettes, nous avons trouvé vingt-sept jours pour la durée moyenne ; M. Parent-Duchâtelet nous rapporte que, sur six cent quatre-vingts malades, atteints d'ulcères aux membres inférieurs, et traités par l'ancienne méthode, elle a été de cinquante deux jours et demi ; il y a donc une différence de vingt-cinq jours et demi en faveur de la méthode nouvelle.

Mais serait-il prudent de tenter indistinctement la guérison de tous les ulcères ; n'y en-a-t-il point qu'on doive respecter et qu'il serait dangereux de guérir ; En agitant cette question, nous voulons seulement parler des ulcères simples sans complications ; en effet quant aux ulcères vénériens, galeux, dartreux, scrophuleux etc., etc., il faut employer le traitement interne qui convient à ces affections, dont ils ne sont que des symptômes.

Fabrice de Hilden, Heister, Sharp, Ledran pensent, qu'on ne doit jamais en tenter la guérison ; ils citent à l'appui de leur opinion plusieurs exemples d'apoplexies, de céphalalgies, de difficultés de respirer et même de suffocations survenues peu de temps après leur cicatrisation : Camper, Bell, Bosquillon, sont d'une opinion opposée et veulent dans tous les cas en entreprendre la cure : aucune de ces opinions ne peut être adoptée exclusivement : les praticiens en général conviennent aujourd'hui qu'on court le plus grand danger en fermant sans précautions un ulcère qui existe depuis plusieurs années et qui fournit beaucoup de suppuration, parce qu'il est devenu un exutoire indispensable à l'économie, par lequel elle se débarasse d'une certaine quantité d'humeurs superflues : on tâchera donc de prévenir, par tous les moyens possibles, les métastases, qui peuvent résulter de sa suppression ; ainsi, en traitant un ulcère de ce genre, on prescrira au malade un régime moins nourrissant, des purgatifs réitérés de temps en temps ; on placera un cautère à une distance peu éloignée du siége de la maladie (à la jambe ou à la cuisse du côté malade) afin d'opérer une révulsion permanente et on retardera la cicatrisation jusqu'à ce que l'exutoire soit en pleine

suppuration : si, pendant le traitement ou après la guérison de l'ulcère, il survenait une indisposition sérieuse, on ne pourrait trop s'empresser de ranimer ou de rappeler la suppuration ; à cet effet on se sert d'onguents irritants, tels que le basilicum, le styrax, etc., ou d'un vésicatoire appliqué sur le lieu qu'occupe l'ulcère ou bien de la pommade ammoniacale de Gondret suivant le danger et on cesse d'en poursuivre la guérison, tout en continuant à entretenir une suppuration plus ou moins abondante.

Chez les sujets d'un âge avancé, où ces moyens restent ordinairement sans effet, il serait fort dangereux de provoquer la cicatrisation des ulcères très-anciens, et qui fournissent beaucoup de suppuration. On ne doit jamais fermer non plus, suivant M. Lisfranc, et nous sommes de son avis, un ulcère dont l'apparition a fait cesser un état apoplectique, ainsi que les vieillards nous en offrent de temps en temps des exemples.

Il faut abandonner à la nature les ulcères des individus, dont l'existence est liée à l'état morbide d'un ou de plusieurs organes importants, tels que les poumons, le foie etc., comme étant des exutoires qui exercent une révulsion salutaire sur l'irritation viscérale, afin de ne pas abréger les jours des malades, ce qui serait la conséquence inévitable de leur suppression.

Quant aux ulcères qui ne se trouvent pas dans les conditions ci-dessus énoncées, nous pensons qu'on peut les faire cicatriser sans crainte, et même sans établir un exutoire ; il serait toujours nécessaire de prescrire aux malades qui travaillent peu et se nourrissent bien, une saignée générale réitérée en cas de besoin et quelques purgations.

Enfin quand un exutoire, placé soit à la jambe, soit à la cuisse du côté malade, gène beaucoup le patient, il serait imprudent de le supprimer de suite, la nature étant en quelque sorte habituée à se débarrasser par cette voie d'une certaine quantité d'humeurs surabondantes ; cependant on peut au bout d'un certain temps, après avoir établi un cautére au bras, supprimer le premier, pourvu que la suppuration du dernier soit bien établie.

Lorsqu'on est parvenu à obtenir la cicatrisation des ulcères variqueux, et en général de tous les ulcères vastes et anciens, il faut, pour prévenir les récidives, conseiller aux malades de porter des guêtres de peau de chien, ou bien de toile neuve, lacées sur leur côté externe ; elles empêchent par la compression douce et uniforme qu'elles exercent, la stagnation du sang dans le système veineux des jambes, et protègent les cicatrices qui sont d'autant plus exposées à se rompre, qu'elles sont plus étendues, plus adhérentes et plus entièrement abandonnées à elles-mêmes.

Obs. I. — *Vaste ulcère à la jambe ; inefficacité des émollients ; bandelettes agglutinatives ; guérison en 24 jours.*

J... Jardinier, âgé de 67 ans, d'un tempérament bilieux, ne faisant pas d'excès, se portant habituellement bien, n'ayant jamais eu d'affections vénériennes, et père de plusieurs enfants qui tous jouissent de la meilleure santé, est venu me consulter le 12 février 1836, pour un vaste ulcère qui se trouvait à la face interne de la jambe gauche, à trois pouces environ au-dessus de la malléole interne ; interrogé sur la cause de cet ulcère, il m'a dit que

sans cause connue, la peau a pris spontanément dans un espace peu étendu une couleur d'un rouge livide, accompagnée d'une légère tuméfaction et de douleur, et que peu de temps après la peau s'est détruite dans un point très-circonscrit, et que depuis cette époque l'érosion n'a pas cessé de gagner en largeur et en profondeur. Depuis quatre mois qu'il est atteint de cet ulcère, il n'a pas gardé un seul jour le repos; on lui a conseillé des cataplasmes faits avec de la farine de graine de lin, qu'il a appliqués régulièrement deux fois par jour sur l'endroit malade pendant trois à quatre semaines; plus tard, ne trouvant pas d'amélioration, et voyant que la surface de son ulcère s'agrandissait, il l'a pansé à sec avec des plumasseaux de charpie et une bande roulée.

Lorsque je vis cet homme pour la première fois, l'ulcère, dont il était porteur au membre inférieur gauche, avait une forme oblongue et une étendue de trois à quatre pouces; il était inflammé; ses bords étaient tuméfiés, durs, d'un rouge livide et douloureux; sa surface était légèrement saignante et la suppuration peu abondante et ichoreuse; du reste, aucun état maladif prononcé, auquel le développement de l'ulcère pouvait être attribué, n'a pu être constaté chez lui. J'ai commencé par combattre l'état inflammatoire de l'ulcère; à cet effet, j'ai fait garder au malade le plus parfait repos et une situation telle, que le membre affecté fut placé horizontalement; des cataplasmes émollients, des boissons délayantes, rafraichissantes et un régime doux, lui ont été prescrits. Au bout de deux semaines de ce traitement, tous les symptômes inflammatoires avaient disparu; néanmoins l'ulcère restait stationnaire et n'avait aucune tendance à la cicatrisation; ses bords conservaient leur dureté et une légère lividité, et son fond présentait des bourgeons charnus gros et lâches; afin de changer leur mode d'irritation, ses bords et sa surface furent touchés avec le nitrate d'argent fondu, et le même traitement antiphlogistique fut inutilement continué pendant trois semaines. Le malade ne sentant plus de douleur, et impatient de se livrer à l'exercice de sa profession pour subsister, ne voulut pas garder plus longtemps le repos; il fut donc soumis au traitement par les bandelettes agglutinatives de diachylum gommé (1) le 19 mars; ce pansement favorisé par l'application d'un bandage roulé, s'étendant depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la jambe. Dès ce moment il fut permis au malade de marcher et de se livrer à son exercice accoutumé; au second pansement l'aspect de l'ulcère commençait déjà à se modifier; ses bords paraissaient moins élevés et moins durs; les bandelettes furent changées tous les quatre jours, sans trop essuyer le pus qui couvrait les bourgeons charnus; bientôt sous l'influence de ce traitement, on voyait les duretés se ramollir; la surface de l'ulcère se couvrir de bourgeons charnus vermeils et donner un pus de bonne qualité; la cicatrisation fut complète le 12 avril.

(1) Voyez pour l'application des bandelettes agglutinatives, p. 2 et 3.

Obs. II. — *Ulcère à la jambe; inefficacité des émollients; bandelettes agglutinatives; guérison en* 18 *jours.*

Le nommé B..., âgé de 59 ans, d'un tempérament lymphatique, exerçant la profession de journalier, avait éprouvé, depuis quelques jours, de vives douleurs dans la jambe droite; bientôt ce membre présenta une tuméfaction considérable, accompagnée de rougeur vers son tiers inférieur et postérieur où il se forma un abcès qui, traité par des cataplasmes de farine de graine de lin, s'ouvrit et donna issue à une certaine quantité de pus mêlé de sang. Après l'ouverture de l'abcès, les cataplasmes furent encore continués pendant quelques jours et enfin supprimés; sous leur influence la uméfaction ne tarda pas à disparaître; mais il resta une plaie béante qui, pansée pendant quelque temps avec de l'onguent basilicum, se transforma en un ulcère inflammatoire. Le malade empêché par la vive douleur qu'il y ressentait, de continuer ses travaux, vint me consulter le 20 avril 1836, trois mois après l'invasion du mal. L'ulcère, dont il était atteint dans ce moment au membre inférieur droit, avait une forme irrégulière et une étendue d'environ deux pouces et demi; ses bords étaient tuméfiés, rouges et douloureux sous la pression; sa surface était également rouge douloureuse et légèrement saignante; afin de faire cesser son état inflammatoire, je le fis couvrir de cataplasmes émollients qui furent renouvelés trois fois par jour; en même temps je conseillai au malade un régime sévère et le repos au lit. Au bout de quelques jours de ce traitement, tous les symptômes consécutifs avaient disparu; l'ulcère prit un aspect rosé vermeil; ses bords se dégorgèrent, s'affaissèrent, et son fond se couvrit de bourgeons charnus; les émollients ayant produit une amélioration rapide, furent encore continués pendant une quinzaine de jours sans succès : l'ulcère restant stationnaire et montrant peu de disposition à se cicatriser, je renonçai à ce traitement et j'eus recours le 13 mai, aux bandelettes agglutinatives qui furent maintenues par le bandage roulé et changées tour les trois jours. Dès ce moment il fut permis au malade de marcher et même de se livrer à ses occupations habituelles. A chaque pansement, l'ulcère présentait un rétrécissement marqué, et le 31 du même mois, cet homme était parfaitement guéri.

Obs. III. — *Large ulcère à la jambe; bandelettes agglutinatives; guérison en un mois.*

La nommée W...., cuisinière, âgée de 56 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, chétive, languissante, n'ayant jamais éprouvé aucun symptôme d'affection scrofuleuse, me fit appeler le 16 décembre 1836, pour un ulcère, dont elle était atteinte, au membre inférieur gauche, depuis huit mois. Elle me dit qu'après avoir éprouvé pendant quelque temps un malaise général, de la lassitude, de la pesanteur et des douleurs dans ce membre, un bouton s'y était formé, qui, traité par des cataplasmes émollients, s'était détaché peu de temps après et avait fait place à un

ulcère peu étendu, qui n'avait pas cessé de s'agrandir malgré les applications émollientes qui furent continuées pendant trois à quatre semaines. Depuis, l'ulcère fut pansé environ cinq à six mois sans succès, par divers onguents, tels que le digestif simple, l'onguent de la mère, le baume d'Arcée, le basilicum, le styrax, etc., qu'elle reçut d'un empirique. Pendant ce laps de temps, il fit continuellement des progrès; l'exercice et les applications irritantes l'avaient même tellement enflammé, que la malade, à cause des vives douleurs qu'elle y ressentait, a été obligée de renoncer à ses occupations ordinaires : c'est alors seulement qu'elle eut recours à un médecin, qui lui conseilla le repos au lit, un régime antiphlogistique et des applications émollientes. Après trois semaines de ce traitement, ne sentant plus de douleur, elle ne voulut plus garder le repos et se livra de nouveau à son exercice accoutumé, contre l'avis de son médecin, qui dès ce moment cessa d'aller la voir.

L'ulcère, dont la malade était atteinte lorsque je fus appelé auprès d'elle, était situé à la partie interne et un peu postérieure de la jambe gauche, au milieu de l'espace compris entre le mollet et la malléole interne; il avait une forme elliptique, et une largeur d'environ quatre pouces; ses bords étaient peu douloureux, durs, calleux, et son fond était couvert de bourgeons charnus, légèrement fongueux et blafards, fournissant une matière ichoreuse : il fut donc immédiatement cautérisé avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure et pansé au moyen de bandelettes agglutinatives, qui furent changées tous les quatre à cinq jours, et le membre fut enveloppé d'un bandage roulé depuis sa partie inférieure jusqu'à sa partie supérieure. Lors de la levée du premier pansement, l'ulcère fut cautérisé de nouveau comme ci-dessus : dès le début de ce traitement la malade reprit son travail et fut soumise à un traitement tonique : une décoction de quinquina, des boissons amères et un régime restaurant lui furent prescrits et continués jusqu'après son entière guérison; sous l'influence de cette méthode curative, sa constitution ne tarda pas de s'améliorer; l'ulcère prit un meilleur aspect, et fut trouvé après le troisième pansement, de plus en plus rétréci à chaque changement d'appareil; la cicatrisation fut complète le 16 janvier 1837.

Obs. IV. — *Ulcères à la jambe; bandelettes agglutinatives; guérison en 29 jours.*

La nommée V...., blanchisseuse, âgée de 45 ans, d'une constitution robuste et sanguine, et adonnée aux boissons spiritueuses, me fit demander le 27 mars de l'an 1837, pour deux ulcères, dont elle était atteinte au membre inférieur gauche : ces ulcères, qui dataient de cinq mois, étaient survenus à la suite de plaies contuses négligées.

Au début de son affection, la malade chercha à se guérir elle-même par divers onguents, qui lui étaient fournis par des personnes étrangères à l'art de guérir, et qu'elle a employés pendant trois mois : n'y parvenant pas et voyant son état empirer de jour en jour au point qu'elle fut obligée de garder le repos au lit, elle consulta un chirurgien, qui la saigna et lui con-

seilla le repos, la position horizontale du membre malade, des cataplasmes faits avec de la farine de graine de lin et un régime sévère; ce traitement a été continué jusqu'à ce jour sans succès : le mal, loin de rester stationnaire, n'a pas même cessé de faire des progrès : à ma première visite la malade avait la jambe gauche infiltrée, engorgée et couverte de varices : des deux ulcères dont elle était atteinte; l'inférieur de forme elliptique était situé à la partie inférieure et interne de la jambe, un peu au-dessus de la malléole interne, et avait une largeur de près de deux pouces et demi; le supérieur, circulaire et situé à sa partie postérieure, avait une largeur d'environ deux pouces : ces ulcères, entretenus par la dilatation variqueuse des veines de la partie affectée, étaient séparés par un demi-pouce d'intervalle, leurs bords étaient endurcis et calleux, leur pourtour présentait une couleur bleuâtre et leur fond était livide et offrait des granulations de mauvaise nature, fournissant une matière sanieuse : afin d'obtenir des surfaces nouvelles plus favorablement disposées au travail de la cicatrisation, les bords et les superficies des ulcères furent légèrement touchés avec un pinceau trempé dans le nitrate acide de mercure et pansés avec des bandelettes agglutinatives; un bandage roulé s'étendant depuis la partie inférieure jusqu'à la partie supérieure de la jambe, achevait le pansement.

Le régime, qui fut imposé à la malade consistait dans une alimentation légère et saine et dans l'abstinence complète de tous les stimulants, tels que café, liqueurs spiritueuses, etc.; dès ce moment il fut permis à la malade de quitter son lit et de marcher; les bandelettes furent levées et changées tous les quatre jours; bientôt la suppuration devint plus abondante et de bonne qualité, des bourgeons charnus fermes et consistants se développèrent, et l'engorgement œdémateux du membre ne tarda pas de disparaître : à chaque pansement les ulcères présentèrent un rétrécissement marqué et la malade fut entièrement guérie le 25 avril.

Pour prévenir les récidives très-fréquentes, surtout des ulcères variqueux, il fut ordonné à la malade de porter un bas de toile lacé sur le côté externe; six mois plus tard j'ai eu occasion de revoir la malade, la guérison ne s'était pas démentie.

Obs. V. — *Ulcère large et ancien à la jambe; bandelettes agglutinatives; guérison en 35 jours suivie de la mort peu de temps après.*

Le nommé D...., âgé de 70 ans, d'une constitution faible et atteint d'une affection chronique de la poitrine, me fit appeler le 31 décembre, 1838 pour se faire traiter d'un ulcère très-étendu, dont il était porteur depuis plus d'un an à la partie inférieure et interne du membre inférieur gauche, à deux pouces au-dessus de la malléole interne : interrogé sur son état de santé habituelle, il me dit, qu'il ne se rappelait pas avoir jamais été malade avant l'année 1837, qu'au mois d'août de cette année il a été atteint d'une pleurésie aiguë, dont il n'a pas été bien rétabli, et que depuis cette époque, il lui était resté de la toux et de la dyspnée; qu'au mois de novembre 1837 un abcès s'est formé à la jambe gauche, qu'il s'est ouvert spontanément sous l'influence des cataplasmes émollients et a donné issue à une certaine quan-

tité de matière purulente, et que peu de temps après il a commencé à éprouver un soulagement notable dans la respiration et la toux : après l'ouverture de l'abcès, le malade continua les cataplasmes émolliens inutilement pendant une quinzaine de jours ; il consulta alors un chirurgien, qui lui conseilla de panser la plaie avec des plumasseaux de charpie enduits d'onguent digestif simple et une bande roulée, ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

L'ulcère, dont le malade était atteint, lorsque je le vis pour la première fois, avait une forme irrégulière et une étendue d'environ quatre pouces ; sa surface fournissait beaucoup de suppuration séreuse, ichoreuse, et ses bords étaient tuméfiés, durs, rélevés et légèrement douloureux sous la pression. Je ne voulus d'abord pas le traiter ; je lui fis sentir le danger, qui pourrait résulter de la suppression trop brusque d'un mal, dont il était atteint depuis si longtemps et dont la suppuration paraissait produire une révulsion salutaire sur l'irritation chronique de ses organes thoraciques ; néanmoins malgré mes observations, il insista sur sa guérison : je lui proposai alors d'établir préalablement un cautère à la cuisse gauche, ce qu'il m'accorda ; un exutoire y fut donc établi sur-le-champ ; en même temps un traitement émollient fut institué et continué, sans succès, pendant une vingtaine de jours et enfin supprimé ; l'exutoire étant en pleine activité le 19 janvier 1839, l'ulcère fut cautérisé avec le nitrate d'argent fondu et pansé au moyen des bandelettes agglutinatives, maintenues par le bandage roulé, et le malade fut soumis à une alimentation légère et à l'usage des laxatifs, afin de diriger vers le tube intestinal le superflu des humeurs, dont l'évacuation se faisait par l'ulcère : de la douleur vive étant survenue pendant que les bandelettes étaient appliquées, j'ai été obligé de lever l'appareil emplastique quatre jours après son application ; l'ulcère fut alors trouvé dans un état inflammatoire ; ses bords et son pourtour étaient rouges et douloureux et sa surface légèrement saignante; quelques jours de repos et d'un traitement émollient bien observé ont suffi pour faire cesser l'inflammation ; le 29 janvier j'eus de nouveau recours aux bandelettes agglutinatives, qui furent changées tous les quatre jours, au bandage roulé sur toute l'étendue du membre malade et à l'emploi de légers purgatifs réitérés de temps en temps ; au second pansement l'ulcère se modifia et commença à se cicatriser, et dès ce moment il fut permis au malade de quitter son lit et de marcher : à chaque changement d'appareil, l'ulcère présentait un rétrécissement marqué; le 5 mars la cicatrisation était complète.

Cet homme, malgré le conseil, qu'il avait reçu d'entretenir la liberté du ventre, et la suppuration des cautères, supprima ce dernier, deux mois après sa guérison et succomba peu de temps après à un hydrothorax.

Malines, le 19 février 1841.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs.

Le mémoire qui vous a été présenté par M. Thys a un but exclusivement pratique, il tend à faire admettre comme traitement des ulcères atoniques, la compression au moyen des bandelettes agglutinatives. Quoique cette méthode ait déjà été employée depuis nombre d'années, que plusieurs pathologistes distingués en aient fait connaître les succès et que des publications intéressantes aient paru sur ce sujet, l'auteur du travail que vous nous avez chargés d'examiner, n'en a pas moins bien mérité de la science en faisant renaître une méthode simple et efficace, en reproduisant dans un court aperçu tout ce qui a été publié jusqu'à nos jours, en facilitant de cette manière l'étude et l'appréciation d'un moyen thérapeutique qui est loin d'être adopté par tous les praticiens.

L'honorable confrère commence son mémoire par la description historique de la méthode dont il attribue l'invention à Baynton, chirurgien anglais, mais qu'il faut cependant faire remonter jusqu'à son compatriote Michael Undervoord, 1783; quelques chirurgiens français paraissent l'avoir ensuite modifié et en avoir répandu l'usage. Passant au mode d'application, l'auteur conseille; 1° De combattre l'inflammation trop vive et d'exciter les ulcères s'ils manquent du degré d'irritation nécessaire à la cicatrisation, avant d'employer l'appareil emplastique. 2° D'en suspendre l'application jusqu'à ce que l'ulcère soit réduit à son état primitif, s'il offrait quelqu'altération pendant le cours du traitement. 3° De renouveller l'appareil tous les trois ou quatre jours suivant le degré d'irritation; il énumère ensuite les avantages de ce traitement, tant sous le rapport de la prompte guérison qu'il procure, de la facilité et de la simplicité de son application, que de ce qu'il permet, oblige même la marche au malade. Après avoir examiné ces divers points, l'auteur se demande si l'on doit tenter la guérison de tous les ulcères atoniques? Il analyse les opinions de quelques auteurs sur cette question et pense que l'on ne doit pas faire disparaître les ulcères très-anciens, qui sont placés aux extrémités comme des émonctoires naturels, avant de les avoir remplacés par des cautères appliqués aux environs des ulcères. Toutes ces considérations sont suivies de cinq observations d'ulcères atoniques, qui démontrent l'efficacité de ce moyen thérapeutique.

Votre Commission, Messieurs, tout en rendant hommage au zèle de M. Thys, croit néanmoins devoir lui observer qu'il aurait bien pu émettre ses opinions avec plus de confiance sans devoir toujours s'abriter sous le patronage de quelque sommité médicale.

Non pas que nous recusons l'autorité des illustrations en médecine, mais

(1) *Commissaires*, MM. Taglionetti et P. J. Vanmeerbeeck, *rapporteur*, Bulekens.

nous nous plaisons à croire que tout praticien lorsqu'il a devers lui un certain nombre d'exemples qui confirment les succès déjà antérieurement obtenus, a le droit d'émettre franchement son opinion à cet égard. Voilà au moins la marche que suivent habituellement les nosographes et que notre confrère était en droit d'imiter.

Nous vous proposons de voter des remerciments à l'auteur et l'insertion de son travail dans vos Annales.

VARIÉTÉS.

BIBLIOGRAPHIE.

De quelques maladies de la mâchoire supérieure observées à l'hôpital civil de Louvain et de l'ablation complète de cet os;

Par J.-B. J. HEYLEN.

M. Jean-Baptiste Joseph Heylen d'Herenthals, docteur en médecine, chirurgie et en l'art des accouchements, interne à l'hôpital civil de Louvain, vient de nous adresser sa dissertation inaugurale ainsi que les propositions qu'il a soutenues, à l'Université catholique de Louvain, sous le rectorat de M. le Chanoine De Ram, à l'effet d'obtenir le grade de docteur dans les trois branches de l'art de guérir.

Ce mémoire contient l'histoire de quelques maladies de la mâchoire supérieure observées à l'hôpital civil de Louvain avec détails sur l'ablation complète de cet os.

Nous n'entrerons pas dans l'examen approfondi de la dissertation de M. Heylen, un autre journal ayant déjà pris à tâche d'en rendre compte : nous nous bornerons à signaler l'intérêt que l'auteur a su repandre sur ce travail, tant sous le rapport de la description des maladies de la mâchoire que sous celui de l'énumération des procédés opératoires imaginés par divers auteurs pour remédier à une aussi désolante affection : il cite quatre ablations du maxillaire supérieur par M. le professeur Michaux de Louvain,

où ce chirurgien a obtenu de beaux succès : quelques planches lithographiées complètent ces quatre observations.

Des aphorismes d'Hippocrate et plusieurs thèses sur chacune des branches de l'art de guérir terminent cette brochure.

Monsieur le Ministre de la Justice vient de créer une Commission composée de MM. Guislain, professeur de médecine à l'Université de Gand ; Graux, professeur à l'Université de Bruxelles; Vancutsem, médecin en chef de l'hôpital St-Jean, à Bruxelles; André Uytterhoeven, chirurgien en chef du même hôpital; Ducpétiaux, inspecteur-général des établissements de bienfaisance ; Dolez, comme délégué de la députation permanente du Hainaut et Frère, comme délégué de la députation permanente de la province de Liége.

Cette Commission est instituée dans le but d'éclairer M. le Ministre sur le meilleur système de construction à suivre, et l'organisation la plus convenable et la plus utile à donner aux hospices destinés à la cure des maladies mentales.

M. Desmedt, ancien médecin militaire, demeurant à Schaerbeeck près de Bruxelles, se propose de fonder, sous peu, un bel établissement, destiné aux malades infirmes, aux convalescents, qui ont besoin de l'air de la campagne, et aux personnes du sexe qui voudraient y faire leurs couches.

L'heureuse situation de cette commune, l'air pur qu'on y respire, et ses belles promenades, rendent cette entreprise digne de l'attention des hommes de l'art, qui n'éprouvent que trop souvent l'embaras de choisir pour leurs malades, une localité convenable ; d'autant plus que toutes les maisons de santé actuellement existantes , sont plus spécialement destinées au traitement des fous, qu'à toute autre espèce d'affection.

Cet établissement sera disposé de manière à y donner des douches et des bains, à la méthode hydriopathique.

On y trouvera la plus grande propreté, les soins les plus attentifs, enfin toutes les commodités désirables.

Les personnes qui voudraient prendre connaissance des conditions, sont invitées à s'adresser provisoirement au médecin susdit, faubourg de Schaerbeeck, Place de la Reine, n° 14.

Les lettres doivent être affranchies.

(*Article communiqué.*)

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS

SUR LA

CURE DES HERNIES INGUINALES RÉDUCTIBLES ET SUR LA RÉDUCTION DES HERNIES CRURALES;

Mémoire présenté dans la séance du 6 juillet 1840, par le docteur SEUTIN, membre titulaire.

Obs. I.—François Dierickx, âgé de 20 ans, barbier, fut admis à l'hôpital St-Pierre, le 6 novembre 1839, pour s'y faire traiter d'une varicelle et d'une ophthalmie. Porteur d'une hernie inguinale gauche de la grosseur du poing, il fut soumis le 13 novembre à l'opération du docteur Wutzer pour obtenir une cure radicale; la convalescence de la varicelle, l'ophthalmie sub-aiguë, une blennorrhagie assez intense, l'ancienneté de la hernie (depuis l'âge de 8 ans), la coexistence d'une omphalocèle, un tempérament nerveux, irritable, un caractère craintif, timoré, la fréquence du pouls, sa largeur, la chaleur de la peau, paraissaient être tout autant de contre-indications pour essayer la méthode du médecin allemand; M. Seutin ne s'arrêta point à ces considérations, et émit l'opinion à sa clinique que dans l'essai de toute méthode thérapeutique du genre de celle-ci, on avait peut-être tort de choisir les cas les plus simples.

Le 13, élancements rares; relâchement de la vis, à cause d'une pression douloureuse.

Le 14, douleurs contuses dans les replis du scrotum tiraillé par le refoulement de son sommet; à la partie supérieure et externe de l'instrument, tuméfaction douloureuse, surtout à la pression; on crut d'abord que c'étaient des ganglions engorgés; on s'aperçut de l'absence du testicule gauche qui formait la tumeur dont il est parlé plus haut, d'après le dire du malade; pouls large, plein, développé; peau chaude; une saignée fut pratiquée. La saignée produisit une bonne détente; les douleurs se dissipèrent; les élancements ressentis près de la piqûre, disparurent au point que le soir, l'opéré dit ne ressentir absolument rien du côté de la hernie; pouls tranquille; peau bonne, etc.

Le 15, pouls assez large; peau moite; tuméfaction; chaleur au pourtour de la piqûre; élancements plus fréquents; tension de la peau; les ganglions de l'aine étaient engorgés; la plaque supérieure fut portée tantôt d'un côté tantôt d'un autre, pour prévenir les eschares; elle fut relâchée à mesure que le gonflement augmenta.

Le 16, auréole inflammatoire de la grandeur d'un franc.

Le 17, en soulevant la plaque (operculum), on vit un tout petit point noir autour du point piqué.

Les 18 et 19, rien de particulier; la peau du scrotum s'excoria dans l'infundibulum.

Le 20, sept jours complets après l'opération, on enleva l'operculum; un peu de suppuration s'écoula de la piqûre; gangrène dans la circonférence de 2 à 3 lignes. L'induration profonde paraissant assez forte pour l'adhésion, on enleva tout l'instrument avec précaution; des boulettes de charpie enduites de cérat, furent enfoncées dans l'infundibulum du scrotum.

Le 21, on promena de l'ammoniaque liquide sur les points de l'invagination qu'on remplit de charpie comme la veille.

Le 24, n'obtenant point une inflammation assez forte pour déterminer l'adhésion des parois opposées de l'invagination, on fit des injections avec une solution concentrée de nitrate d'argent.

Le 1er décembre, eschares tombées; compression; spica.

Le 6, on laissa le malade sans brayer; il se levait depuis trois jours.

Quelques jours plus tard il vint nous dire que sa hernie sortait de nouveau; en effet, elle fuyait à la partie postérieure derrière l'adhérence. On lui fit porter un brayer. Depuis lors il a été revu à différentes reprises, et, quelqu'effort qu'il fasse, sa hernie ne reparaît plus.

Obs. II. — Arnould Niels, marbrier, âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, vint à l'hôpital St-Pierre le 27 novembre 1839, pour s'y faire opérer d'une hernie inguinale dont il s'était aperçu la première fois à l'âge de 8 ans.

Toujours réductible et facilement maintenue au moyen d'un bandage, elle avait fait irruption l'année précédente, et malgré tous les moyens qu'on put employer à l'hôpital, où il fit un séjour de trois mois, on n'était jamais parvenu à la réduire lorsqu'elle rentra tout à coup, dans un bain prescrit au malade; elle avait le volume de la tête d'un enfant à terme. Depuis lors

Niels la faisait sortir et rentrer à volonté. Du reste, elle offrait tous les caractères de la hernie scrotale droite ; l'anneau admettait librement le doigt indicateur.

Une saignée générale, une diète végétale, des purgatifs, le préparèrent à l'opération à laquelle il fut soumis le 2 décembre suivant. L'instrument fut soutenu par le trousse-bourse de Mayor.

Le 4, la peau que recouvre la plaque de l'instrument, est légèrement enflammée; on le desserre; légère accélération du pouls; chaleur de la peau ; insomnie; constipation.

Le 5, inflammation de la peau plus prononcée ; douleur s'irradiant autour de la pointe de l'aiguille ; état fébrile peu prononcé.

Le 6, le pouls est plus accéléré, la peau plus chaude ; on fait une saignée de précaution ; les parties circonvoisines du cylindre et de l'aiguille sont dures et engorgées, assez douloureuses à la pression.

Le 7, l'état fébrile tombe ; l'engorgement, tout en provoquant moins de douleur, augmente en largeur et en densité.

Le 8, l'instrument est enlevé avec précaution ; eschares de trois lignes autour du point piqué ; injection d'eau tiède dans l'invagination. Cette dernière est cautérisée dans toute son étendue, avec le nitrate d'argent en crayon, ce qui occasionne d'assez vives douleurs.

Les jours suivants on se borne à nettoyer la plaie au moyen d'injections d'eau tiède, et à maintenir le scrotum relevé.

Le 17, pour empêcher le séjour de la suppuration dans l'invagination, et pour favoriser en même temps la cicatrisation, compression sur le trajet fistuleux accidentel, au moyen du spica de l'aine ; décubitus horizontal.

Le 22, tout le trajet invaginé est adhérent ; les ouvertures supérieures et inférieures restent à se cicatriser. — Spica et brayer ; le malade se lève. On peut le faire tousser, marcher, faire des efforts sans provoquer la descente de la hernie.

Le 28, tout est cicatrisé.

Le malade sort le 30 décembre ; on lui recommanda de porter son bandage pendant quelques mois encore ; il avait promis de venir se faire voir ; on ne sait ce qu'il est devenu.

Obs. III. — Philippe D....., âgé de 11 ans, tempérament lymphatique, constitution rachitique. Il était atteint depuis trois ans, d'une tumeur à l'aine droite qui présentait tous les caractères d'une hernie inguinale réductible. Lorsque les viscères étaient sortis, ils formaient une tumeur oblongue qui descendait jusqu'au fond des bourses et qui était du volume du poing. C'était avec la plus grande facilité que l'on introduisait les deux doigts réunis dans le canal qui lui livrait passage et qui se dirigeait obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Derrière l'anse intestinale, on distinguait une tumeur ovale, mobile en tous sens, sans douleur et située à la partie inférieure du cordon ; ses parois étaient transparentes ; elle cédait à la pression et faisait sentir une espèce d'ondulation lorsqu'on la percutait. Sans vouloir préciser sa nature, il est probable qu'elle était le résultat d'un hydrocèle enkysté du cordon. C'est dans cet état que lejeune patient fut confié à M. le docteur Seutin ; il se décida à le soumettre à l'opération de la hernie d'après la méthode du doc-

teur Wutzer. Elle fut pratiquée le 28 janvier 1840. Pendant les dix-huit jours qu'il tint le lit et qu'il fut soumis aux règles que l'hygiène réclame en pareille circonstance, rien n'est venu troubler le libre exercice de ses fonctions. Il faut cependant en excepter le 30 dudit, mois époque où les voies digestives semblaient vouloir se déranger ; état caractérisé par la chaleur à la peau ; l'accélération du pouls, la sécheresse de la langue, etc. ; la diète absolue fit rentrer le tout dans l'ordre normal. Depuis lors on n'eut qu'à se louer de l'état général du malade.

Le dix-huitième jour, il se leva, et sa tumeur n'avait aucune tendance à sortir, lors même qu'il faisait des efforts de toux. Aujourd'hui il est impossible de reconnaître le pourtour de l'anneau, toutes les parties étant confondues. Le malade est parfaitement rétabli ; on lui ordonne de porter un bandage herniaire, pour que les parties invaginées et adhérentes aux tissus, ne cèdent pas à des efforts imprudents.

Il est une chose qui frappe au premier abord, lorsque l'on examine la thérapeutique des hernies ; c'est l'impuissance où s'est trouvé l'art jusqu'à nos jours, de remédier d'une manière certaine et non palliative, à la reproduction de la tumeur formée par les parties déplacées, impuissance qui entraîne la nécessité de laisser persister, souvent jusqu'à la mort, une maladie incommode qui se développe parfois dès la jeunesse, et qui est de nature à exposer à chaque instant, à des accidents redoutables. La plupart des tentatives exécutées par les anciens pour combler cette lacune de la science ont été impuissantes ; et il est étonnant que la chirurgie, qui possède des remèdes si héroïques contre les hernies étranglées, ait fait si peu de progrès pour guérir celles qui sont simples et mobiles dans les ouvertures ou canaux qui leur ont livré passage.

Dans un examen peu approfondi, il paraît d'autant plus singulier que les choses soient ainsi, que l'indication fournie par ces maladies, semble être de la plus excessive simplicité. En effet, elle se résume dans cette prescription : *Déterminer l'oblitération d'un orifice ou canal accessible aux moyens chirurgicaux*. La chirurgie dans d'autres circonstances, possède des moyens nombreux pour parvenir à la réalisation de pareilles indications; ces moyens réussissent fréquemment, et cependant, dans un grand nombre de ces cas, il y a des obstacles qui n'existent pas dans les hernies. Ainsi, il y a quelquefois une source profonde de suppuration qui entretient la persistance de l'orifice extérieur ; d'autres fois c'est l'arrivée continuelle d'un liquide fourni par une glande, un organe sécréteur de nouvelle formation, etc. Toutes les fois que ces conditions fâcheuses n'existent pas, par exemple dans les orifices anormaux, les ouvertures accidentelles simples, etc., elle surmonte avec la plus grande facilité, les obstacles qu'elle a à vaincre. D'où vient donc qu'il n'en est pas de même pour les hernies, où

ces secours, s'ils étaient efficaces, enleveraient à l'humanité une infirmité si incommode et si pénible?

Il n'y a point d'effet sans cause, Messieurs ; et si nos devanciers ont été si peu instruits dans ce qui concerne la guérison radicale des hernies non étranglées, soyons sûrs qu'ils ont été arrêtés dans leurs expériences par des causes d'insuccès inhérentes à la disposition des parties malades et à la nature même de ces affections : c'est ce que l'on ne tarde pas à découvrir avec un peu de réflexion, et surtout, lorsque, dans le but de trouver un nouveau moyen curatif plus efficace que les anciens, on se livre à quelques expériences sur ce sujet. C'est alors que l'on aperçoit toutes les difficultés qui accompagnent l'oblitération définitive des organes qui donnent passage aux hernies, et que l'on passe bientôt de l'étonnement occasionné par une confiance extrême dans les ressources de l'art, à un désappointement scientifique fondé sur son impuissance.

Pour ne citer que quelques-uns de ces nombreux obstacles qui s'opposent à la cure radicale des hernies, nous mentionnerons les suivants que nous reconnaîtrons en appliquant seulement nos observations aux hernies inguinales, espèce fréquente, comme on sait de ce genre d'affection, et qui semblerait par la disposition du canal qui leur livre passage, la plus propre à la guérison.

1° Le rapprochement immédiat et l'agglutination des parois du canal sont rendus impossibles pour plusieurs causes : d'abord les organes qui le constituent sont tellement disposés, qu'ils changent à chaque instant de position respective par les contractions musculaires des *grand et petit oblique* et *transverse de l'abdomen ;* ensuite, le tissu aponévrotique étant peu souple et maniable, s'adapte inégalement à lui-même quand on rapproche des parois opposées formées par ce tissu, et affectant une forme plus ou moins ronde.

2° Il est impossible d'ailleurs de trouver en arrière un point d'appui solide pour déterminer l'oblitération par compression : car on ne rencontre là que le *fascia transversalis* qui a trop peu de résistance pour supporter sans s'étendre, un effort de quelqu'importance, un effort tel qu'il le faudrait pour maintenir perpétuellement en contact les parois du canal. D'ailleurs les parties sont trop mobiles pour qu'on puisse leur adapter des moyens compressifs qui agissent constamment avec la même force.

3° Si l'on projette de réunir les parois du canal, en les affrontant au moyen de fils passés derrière lui, ou d'autres corps analogues, on est à l'instant arrêté par la considération que le péritoine tapisse immédiatement sa partie postérieure, et qu'il est impossible d'établir des données pour éviter sûrement la lésion grave de cet organe; si l'on a l'intention d'agir par la ligature seulement sur l'orifice inguinal, on en est empêché par la disposition anatomique de la partie inférieure de cet orifice, qui est osseuse, et dans laquelle par conséquent, des instruments piquants ne peuvent pénétrer.

4° Que si au lieu de vouloir réunir le canal par juxta-position de ses parois, on s'efforce de l'oblitérer par l'introduction d'un tampon vivant formé au dépens des parties voisines, on rencontre de nouvelles difficultés dans l'impossibilité où l'on est d'agir avec efficacité sur les parties posté-

rieures du canal, pour les raisons déjà citées, et d'un autre côté dans cette circonstance remarquable, que les orifices et les canaux aponévrotiques qui s'opposent avec tant de force à une dilatation, lorsque cédant cependant avec la plus grande facilité à des efforts excentriques doux et lents dans leur action, d'où il résulte que le tampon, qui peut remédier à l'instant où l'on s'en sert à l'excès d'ampleur des canaux et orifices aponévrotiques, devient lui-même, à la longue, la cause d'une nouvelle dilatation de ces organes.

5° L'oblitération au moyen de l'introduction dans le canal de corps plus ou moins irritants, présente des dangers et des chances d'insuccès tels, qu'il est impossible d'y songer sérieusement. En effet, la transmission de l'inflammation au péritoine est alors imminente ; en second lieu, la peau supérieure du canal n'étant représentée que par des interstices musculaires, permet l'infiltration des injections dans le tissu cellulaire; et enfin la communication du canal avec l'abdomen rend possible l'introduction du liquide sous le péritoine.

6° Toutes les méthodes que l'on essaie pour parvenir à la guérison des hernies mobiles, rencontrent une cause d'insuccès souvent insurmontable dans la tendance qu'ont les viscères à se porter constamment vers les endroits où ils se sont une fois herniés, cette tendance est tellement invincible, qu'elle surmonte les plus grands obstacles ; et comme il est impossible d'empêcher complétement les efforts qui la déterminent, quelles que soient les précautions employées, il en résulte qu'on a ainsi dans elle un antagoniste dont l'action est d'autant plus efficace qu'elle est plus imprévue et plus brusque, et qu'elle s'exerce sous l'empire d'une des plus grandes puissances qui régissent l'économie, c'est-à-dire l'habitude.

Les modernes se sont livrés à des efforts persévérants pour parvenir à vaincre tous ces obstacles et à guérir radicalement les hernies mobiles. Mais il faut dire qu'aucun d'eux n'est encore parvenu à ce but d'une manière bien certaine et irrécusable, et que si leurs procédés ont été dans certains cas, couronnés de succès, ils n'ont point empêché dans d'autres, la reproduction de la maladie. MM. Belmas, Gerdy, Bonnet, Mayor, Wutzer, se sont occupés d'une manière spéciale de ce point de thérapeutique. Depuis longtemps aussi j'avais en vue cet objet, lorsqu'une thèse latine soutenue à l'Université de Bonn, et dédiée à M. Wutzer, professeur de clinique dans cet établissement, tourna mes vues vers la méthode de ce chirurgien, et me fit entreprendre quelques essais dont j'ai l'honneur de vous donner aujourd'hui les résultats.

La méthode de M. Wutzer consiste à former aux dépens de la peau du scrotum, un tampon destiné à oblitérer le canal inguinal, après avoir repoussé dans la cavité abdominale les parties qui entraient dans la composition de la hernie. Ce tampon est maintenu en place au moyen d'un cylindre d'ébène, percé à son centre d'un canal qui donne passage à une aiguille élastique, qui lorsqu'on la pousse du talon de l'instrument vers son autre extrémité, sort de celle-ci par un trou qui s'y trouve pratiqué. Lorsque ce cylindre est convenablement placé dans le canal inguinal, on pousse l'aiguille qui sert alors à traverser la paroi intérieure de ce canal. Cette aiguille sert à fixer l'extrémité de l'autre portion de l'instrument, qui est destinée

à comprimer sur le cylindre invaginateur la peau introduite dans le canal et celle qui recouvre la paroi antérieure de ce conduit, de manière à déterminer entre elles une inflammation adhésive. Cette seconde portion de l'instrument se nomme *Opercule :* elle est concave du côté où elle regarde le cylindre invaginateur, et est percée d'un trou à son extrémité qui doit recevoir l'aiguille. Elle est fixée au talon du cylindre invaginateur au moyen d'une vis de pression et d'une autre vis de rappel engagé dans l'échancrure d'une espèce de fourche mobilisée au moyen d'une charnière et fixée par cette dernière à l'invaginateur. Lorsque le cylindre et l'opercule sont appliqués d'une manière convenable, il en résulte une compression sur toutes les parties comprises entre les deux parties de l'instrument, et une inflammation assez vive ordinairement à l'endroit où l'aiguille a traversé la peau.

Le résultat définitif de l'emploi du procédé de M. Wutzer est l'adhérence du tampon scrotal avec la paroi antérieure du canal inguinal. On détermine même l'adhérence des parois internes de l'espèce de doigt de gand formé par le scrotum invaginé au moyen d'une substance épispastique ou du nitrate d'argent. Mais il y a une objection sérieuse à faire contre cette méthode, c'est qu'il reste toujours entre le tampon scrotal et la paroi postérieure du canal une espèce de vide, un défaut d'adhérence qui entrave d'une manière bien désolante le succès de l'opération, en favorisant l'issue consécutive des viscères réduits. Vous avez vu dans les observations qui précèdent, messieurs, que j'ai eu à déplorer dans mes expériences cette imperfection du procédé de M. Wutzer.

Le seul moyen de remédier à ce grave inconvénient serait de déterminer en arrière une inflammation adhésive, comme on la détermine en avant du canal. Mais malheureusement la proximité du péritoine semble défier sous ce rapport toutes les ressources de l'art ; et quand bien même on parviendrait à saisir le *fascia transversalis* sans intéresser le péritoine, l'imminence de l'inflammation de ce dernier organe, rendrait téméraire de pareilles tentatives. M. Sotteau a inventé un instrument au moyen duquel deux points du canal, l'un à droite, l'autre à gauche, sont en même temps comprimés ; moi-même j'ai multiplié les piqûres de l'aiguille afin d'augmenter l'étendue des points d'adhérences ; mais ces procédés, quoique moins imparfaits peut-être que celui de M. Wutzer, pèchent cependant aussi par le même défaut, et ne font que diminuer de bien peu les chances de reproduction de la hernie.

J'espère, messieurs, que la communication que j'ai l'honneur de vous faire, fera de nouveau réfléchir les praticiens sur les moyens de guérir radicalement les hernies réductibles, et qu'elle donnera une assez juste idée de ce qu'on peut attendre du procédé de M. Wutzer.

Avant de terminer, messieurs, je ferai encore quelques réflexions sur une méthode de taxis que j'emploie, depuis quelque temps, avec le plus grand succès dans le traitement des hernies étranglées.

Jusqu'ici on a généralement recommandé de repousser avec ménagement les parties herniées dans la direction du canal, en ayant soin d'agir d'abord sur celles qui sont le plus voisines de l'anneau. Si l'on examine comment ce précepte est généralement mis en pratique, l'on voit que la plupart des

chirurgiens croient le suivre en exécutant des *mouvements de répulsion fréquemment répétés*. Or cette répétition des mêmes tentatives exécutées dans le même sens a pour effet inévitable la trituration, le frottement des parties contre elles-mêmes ou contre les orifices aponévrotiques, d'où il peut résulter un accroissement d'inflammation, et même une rupture de l'intestin quand il est aminci par l'étranglement. Pour mon compte j'évite toute espèce de mouvement *de va et vient* dans la réduction des hernies. Je compare absolument l'indication présentée par les hernies étranglées à celle du paraphymosis. Des deux côtés, en effet, il s'agit de faire franchir, à des portions gorgées de sucs, un anneau devenu trop étroit pour elles depuis leur développement pathologique excessif. Pour parvenir à ce résultat, il faut nécessairement faire repasser préliminairement derrière l'obstacle les sucs ou matières qui sont en excès au delà de l'étranglement. Si l'on veut bien réfléchir à la méthode la plus convenable pour produire cet effet, l'on voit que l'on y parviendra bien moins par des pressions répulsives plus ou moins brusques que par un effort lent mais soutenu : car les liquides doivent éprouver dans leurs vaisseaux ou les cavités qui les contiennent une espèce de filtration qui ne peut s'effectuer avec rapidité.

La pratique est d'accord sur ce point avec la théorie. Car dans les paraphymosis, l'expérience a démontré que ce n'est qu'en comprimant le gland avec lenteur et patience, que l'on parvient à rétablir cette partie dans un état tel qu'elle est repoussée ensuite facilement derrière le prépuce. Décuplez en intensité votre compression réductrice et vous ne gagnerez rien ; tandis qu'en la maintenant à un dégré médiocre pendant un temps assez long, vous n'aurez plus pour ainsi dire qu'à attirer sans peine le prépuce au-devant de la partie étranglée. Il en est de même des hernies. Employez les plus grands efforts pour repousser à l'instant même la tumeur dans la cavité abdominale, et vous ne ferez que l'aplatir : un bourrelet se formera autour de l'anneau, et lorsque vous cesserez la compression tout reviendra dans l'état primitif. Répétez plusieurs fois la même tentative et vous obtiendrez toujours le même résultat négatif. Mais si au lieu de vous conduire ainsi vous maintenez fixées les parties herniées qui avoisinent l'anneau, afin de les empêcher de former bourrelet, et si, en même temps, vous exercez sur le reste de la tumeur une pression uniforme et puissante, les fluides auront le temps de repasser insensiblement derrière l'obstacle, la tumeur diminuera par conséquent de volume, et la réduction ne tardera pas, le plus souvent, à devenir facile, pourvu toutefois que l'intestin n'ait pas contracté d'adhérence.

Voici, messieurs, comment je procède ordinairement pour réduire les hernies. Le malade étant couché sur un lit assez bas, et dans une position déclive des pieds à la tête, afin que le chirurgien ne soit pas gêné dans ses efforts de réduction, et que les viscères soient entraînés pour ainsi dire par leur propre poids dans le sens de la réduction, j'entoure le pourtour de la tumeur, près de l'anneau, au moyen des deux doigts médius, ou des doigts médius, annulaire et auriculaire des deux mains, et je résiste, en les tenant fixés dans cette position, à la tendance qu'a la hernie de former bourrelet en cet endroit. Il me reste ensuite quatre doigts représentés par l'indicateur et le pouce de chaque main que je fais servir pour repousser dou-

cement et avec lenteur la partie étranglée dans la direction du canal. A mesure que par cette manœuvre la tumeur diminue de volume, j'augmente graduellement la compression, et je rapproche insensiblement tous mes doigts les uns des autres, de manière qu'en définitif ils forment par leur réunion une espèce de cône qui bouche l'orifice. Tout cela s'exécute avec beaucoup de patience et de persévérance. Dans les cas où la tumeur serait trop volumineuse pour permettre de se comporter ainsi, on pourrait faire entourer sa base par les doigts d'un aide intelligent, pendant qu'on exécutera soi-même la compression réductrice.

Il y a quelques années, messieurs, j'ai eu l'honneur de vous présenter un petit mémoire, tendant à vous prouver la nécessité d'opérer de très-bonne heure les hernies étranglées. En vous mettant aujourd'hui sous les yeux la méthode de taxis dont je viens de parler, je ne suis nullement en contradiction avec ce que je vous disais alors : car je reconnais encore que jamais le chirurgien ne se trouve dans des conditions aussi favorables que lorsqu'il opère à une époque très-rapprochée de l'apparition de l'étranglement. J'ai voulu seulement insister sur la manière *la plus convenable* de pratiquer le taxis dans les circonstances où il est indiqué, et vous annoncer que dans ce cas la méthode que j'emploie m'a procuré des succès qui sont assez importants pour mériter l'attention des praticiens.

Bruxelles, le 4 juillet 1840.

G. Seutin, M. D.

Rapport sur le mémoire qui précède, lu dans la séance du 5 *juillet* 1841 (1).

Messieurs,

Un mémoire intéressant vous a été présenté par M. le professeur Seutin, dans votre séance du 4 juillet 1840.—Ce mémoire que nous allons analyser, traite des hernies et nous regrettons que des circonstances particulières nous aient empêché de vous lire plus promptement sur ce travail, le rapport que vous nous avez chargé de faire.

L'on s'étonne, dit M. Seutin, de l'impuissance de la thérapeutique, dans la cure radicale des hernies. — Les essais tentés par nos devanciers ont été impuissants et cependant, l'indication est bien simple.... Il faut oblitérer des orifices, un canal, qui sont d'ailleurs accessibles à nos moyens chirur-

(1) MM. le Dr Mouremans, *commissaire*, et Langlet, *rapporteur.*

gicaux..., bien des tentatives ont été faites. Pourquoi l'ont-elles été vainement? — M. Seutin cherche la solution de cette question, pour les hernies inguinales. Il cite les principaux obstacles qui s'opposent à la cure radicale de ces hernies . 1° Les parois du canal inguinal changent à chaque instant de position respective par les contractions musculaires. Le tissu aponévrotique est peu souple; il s'adapte inégalement à lui-même quand on rapproche des parois opposées formées par lui. 2° Il n'y a point en arrière de point d'appui solide pour déterminer l'oblitération par la compression. 3° La proximité du péritoine qui tapisse à peu près immédiatement la partie postérieure du canal, rend trop dangereux l'emploi de fils passés derrière celui-ci, et la disposition en partie osseuse de l'orifice inférieur, rend impossible la ligature de cet orifice. 4° L'introduction d'un tampon vivant formé aux dépens des parties voisines, présente d'autres difficultés par l'impossibilité où l'on est d'agir avec efficacité sur les parties postérieures du canal. Et puis ce tampon qui pourra remédier momentanément à l'ampleur trop considérable du canal, devient à la longue, cause d'une nouvelle dilatation. 5° L'introduction dans le canal des corps irritants présente des chances de dangers et d'insuccès si nombreux, qu'il est impossible d'y songer sérieusement. 6° La tendance qu'ont les viscères à se porter constamment vers les endroits par lesquels ils se sont déjà herniés, est si puissante qu'elle est souvent insurmontable.

Ces obstacles longuement énumérés par l'auteur du mémoire dont nous ne rapportons qu'un résumé bien succinct, expliquent le peu de succès des tentatives faites jusque dans ces derniers temps pour la cure radicale des hernies. Les praticiens vivants se livrent tous les jours à des efforts persévérants pour les vaincre. MM. Belmas, Gerdy, Bonnet, Mayor, Velpeau, Wutzer, Malgaigne, se sont occupés tout spécialement de ce point de thérapeutique et M. Seutin aussi cherchait un moyen efficace quand la thèse du docteur Schniewind, dédiée à M. Wutzer, professeur à l'Université de Bonn, lui étant parvenue, il entreprit quelques essais.—Dans le mémoire qu'il vous présente, M. Seutin explique le manuel opératoire du procédé Wutzer, il en analyse le résultat, il y fait l'objection sérieuse qu'il reste toujours en arrière, une espèce de vide, un défaut d'adhérence qui doit entraver d'une manière bien désolante le succès de l'opération. Le seul moyen de remédier à ce grave inconvénient serait, dit-il, de déterminer là, une inflammation adhésive; mais la proximité du péritoine semble défier, sous ce rapport, toutes les ressources de l'art. Plusieurs observations sont jointes au mémoire; la première date du 13 novembre 1839. L'opéré ne courut aucun danger mais la hernie ne put être maintenue par l'adhérence obtenue; on dut faire usage du brayer. Le second malade fut opéré le 27 du même mois, et le 30 décembre il paraissait parfaitement débarrassé de sa hernie. Il ne s'est plus représenté à la clinique comme il l'avait promis. Chez un troisième opéré, il n'y avait point de récidive sept mois après l'opération.

Des modifications ont été apportées à la méthode de M. Wutzer. M. Seutin a multiplié les piqûres des aiguilles afin d'augmenter les points d'adhérence. M. Sotteau de Gand a fait d'autres changements qui l'ont amené à des résultats qui lui paraissaient de plus en plus satisfaisants.—Ici nous nous permettrons une digression.—Nous vous prierons d'abord de vous rappeller les discussions

de priorité, que l'introduction du procédé Wutzer a soulevées en Belgique.

En 1839, dans les mois d'octobre et de novembre, M. le profeseur Seutin fit, à l'hôpital St-Pierre, plusieurs leçons sur un procédé nouveau pour la cure radicale des hernies inguinales réductibles, proposé par M. le professeur Wutzer. — Il fit l'application de ce procédé chez plusieurs malades. La première opération date du 13 novembre 1839. — M. l'inspecteur-général du service de santé militaire vint voir à St-Pierre, où l'avait amené M. Seutin, des malades opérés par ce dernier; et dans une inspection qu'il fit, quelque temps après, à l'hôpital militaire de Gand, il en parla longuement à MM. les officiers de santé, et engagea en particulier fortement M. Sotteau qui n'avait aucune connaissance du procédé Wutzer, à aller voir M. Seutin à Bruxelles (*Lettre de M. Vleminckx, en date du* 16 *novembre* 1840, *n*° 76, *adressée à M. Seutin*); M. Sotteau vint à Bruxelles pour cet objet. Il vit M. Seutin chez M. l'inspecteur-général, et ils eurent une longue conversation sur l'objet pour lequel M. Vleminckx avait engagé M. Sotteau à se rendre à Bruxelles. — M. Seutin exposa à M. Sotteau le procédé Wutzer, il lui remit la thèse du docteur Schniewind, il lui expliqua ce que le procédé avait de défectueux, quels en étaient, quels en seraient toujours les résultats probables, jusqu'à ce que des modifications importantes y fussent apportées. — Il lui parla de ces modifications, il lui dit qu'il serait indispensable d'étendre les points d'adhérences en augmentant le nombre des aiguilles, etc., etc., qu'une pince à polype introduite dans le canal et dont on ferait traverser les fenêtres par l'aiguille de Deschamps, serait bien avantageuse, etc., etc., et autres modifications.

M. Seutin reçut le 18 février 1840, une lettre de M. Sotteau qui lui renvoyait la thèse du docteur Schniewind et qui l'informait qu'il avait fait l'appliplication du procédé Wutzer. — Aussitôt le résultat connu, lui, M. Sotteau soumettrait à M. Seutin ses réflexions sur les modifications que ce dernier se proposait d'apporter au procédé Wutzer, modifications dont M. Seutin avait bien voulu lui faire part, etc., etc.

M. Sotteau présenta sur la cure radicale des hernies inguinales réductibles, dans le mois de juin 1840, un mémoire à la Société de médecine de Gand dont il est membre résidant. M. Burggraeve, nommé rapporteur, proclama son confrère l'inventeur de la cure radicale des hernies.

M. Seutin adressa le 5 septembre suivant, une réclamation à la Société de médecine de Gand. — Dans la 10ᵉ livraison des Annales, 1840, mois d'octobre, cette lettre est imprimée comme aussi la discussion à laquelle elle a donné lieu. Nous ne vous rappellerons pas, Messieurs, des expressions que M. Seutin moins que bien d'autres, aurait jamais dû se voir appliquer par une Société savante. Nous regrettons une chose, c'est que M. Sotteau ait accepté les conclusions de M. Burggraeve, et ait dit qu'il croyait que l'instrument de Wutzer était arrivé chez M. Bonneels comme tant d'autres instruments; — que M. Vleminckx était celui qui le premier lui en avait parlé, sans faire mention de M. Seutin, etc., etc., etc. La lettre de M. l'inspecteur est la preuve irrécusable que M. Sotteau ne devait point être dans cette erreur.

M. Seutin a fait d'autres réclamations à la Société de médecine de Gand : elles sont restées sans résultats : bien plus, le Journal des Connaissances

médicales a imprimé un article, évidemment émané de Gand, et où les conclusions du rapport de M. Burggraeve sont maintenues.

Les faits que nous avons avancés sont l'expression exacte de la vérité. Les preuves sont palpables. 1° L'époque où M. Seutin a fait les premières opérations par le procédé Wutzer. 2° La lettre si explicite de M. l'inspecteur Vleminckx. 3° La lettre de M. Sotteau lui-même. Nous nous arrêterons ici, Messieurs; nous avons cru devoir saisir une occasion pour vous faire partager notre conviction à l'égard d'un droit de priorité appartenant à M. Seutin.—M. Sotteau ne connaissait point l'instrument de Wutzer quand déjà le chirurgien de l'hôpital St-Pierre en avait, par expérience, reconnu les imperfections.—Mais, dira-t-on, c'est une méthode nouvelle qu'a créée M. Sotteau.—Aucun praticien impartial ne voudra le soutenir, et d'ailleurs, il faudrait alors convenir que l'inventeur a été bien malheureux, puisque tous ses opérés ou à peu près, ont eu des récidives. — Ceci est officiel et résulte de rapports faits à l'autorité.—Et puis des accidents de toutes espèces, des atrophies de testicules, des douleurs abdominales rendant l'équitation impossible, les digestions pénibles, etc., etc. Aujourd'hui des ordres sont donnés aux officiers de santé militaire de ne plus continuer les essais par le procédé Sotteau.

Nous en revenons au mémoire de M. Seutin. Il propose un mode de taxis dont il a retiré beaucoup d'avantages dans les hernies étranglées. Il rappelle le précepte de repousser avec ménagement les parties herniées, dans la direction du canal, en ayant soin d'agir d'abord sur celles qui sont les plus voisines de l'orifice. — Ce précepte s'exécute, dit-il, le plus souvent par des mouvements de répulsion fréquemment répétés. — Le résultat doit être la trituration, le frottement des parties contre elles-mêmes, un accroissement d'inflammation, une rupture d'intestin quand il est aminci par l'étranglement. — M. Seutin évite tout espèce de mouvement de va et vient. Il veut qu'on agisse comme dans le paraphymosis où en comprimant le gland avec lenteur on parvient à rétablir cette partie dans un état tel, qu'elle est repoussée ensuite facilement sous le prépuce.—Pour les hernies voici comme il opère. — Le malade placé convenablement, il entoure la tumeur près de l'anneau, par les doigts médius, annulaire et auriculaire des deux mains et résiste, en les tenant fixés dans cette position, à la tendance qu'a la hernie de former bourrelet, en cet endroit.—L'indicateur et les pouces de chaque main repoussent doucement, suivant la direction du canal, la partie étranglée.— A mesure que la tumeur diminue de volume, M. Seutin augmente la compression en rapprochant insensiblement tous les doigts les uns des autres de manière qu'à la fin, ils forment, par leur réunion, une espèce de cône qui bouche l'orifice du canal, cela doit s'exécuter avec beaucoup de patience et de persévérance. — Si la tumeur était trop volumineuse pour permettre de se comporter ainsi, il faudrait faire entourer sa base par les doigts d'un aide intelligent pendant que l'on excuterait soi-même la compression réductrice.—M. Seutin vous a dit, il y a quelques années, qu'il croyait que le chirurgien n'était jamais à une époque plus favorable au succès de l'opération de la hernie étranglée, que lorsqu'elle était faite à un époque très-rapprochée du moment de l'étranglement.— En vous donnant aujourd'hui sa méthode de taxis, il n'est nullement en contradiction avec

ce qu'il vous disait alors.—Il a voulu insister seulement sur la manière la plus convenable de faire le taxis dans les circonstances où il est indiqué, et les succès qu'il a obtenus sont, dit-il, assez importants pour mériter l'attention des praticiens.

Votre commission vous propose, messieurs, l'impression du mémoire de M. Seutin dans les Annales de la Société.

Bruxelles, le 5 juillet 1841.

OBSERVATION DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE,

Présentée dans la séance du 6 juillet 1840, par le docteur J.-R. MARINUS, membre résidant, secrétaire de la Société.

M***, célibataire, âgé de 36 ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution forte, a eu, dans l'espace de trois ans, trois blennorrhagies syphilitiques dont il a été bien guéri. Plus tard (en 1838), il contracta, à la suite d'un commerce impur, des chancres vénériens à la verge, et un bubon dans l'aine du côté droit qui se termina par suppuration ; à l'aide de soins locaux appropriés à la nature des symptômes et de l'usage interne du deuto-chlorure de mercure avec le sirop de salsepareille, il fut parfaitement rétabli au bout de deux mois de traitement.

En mars 1840, après avoir eu des rapports sexuels avec une femme suspecte, il se développa derrière la couronne du gland une petite vésicule qui s'ouvrit et prit rapidement l'aspect d'un ulcère vénérien inflammatoire. Des applications émollientes et des bains locaux firent cesser en peu de jours les symptômes inflammatoires ; mais l'ulcère, au lieu de se cicatriser, passa à l'état chronique ou indolent et gagna en largeur, mais non en profondeur.

Je prescrivis le sirop de salsepareille avec le deuto-chlorure de mercure, de manière que le malade prenait les premiers jours un douzième de grains de sel mercuriel ; le chancre fut cautérisé avec le nitrate d'argent et pansé avec de la charpie rapée légèrement enduite de cérat ; bains locaux et généraux ; régime doux.

Sous l'influence de ce traitement, l'ulcère se cicatrisa au bout d'une quinzaine de jours. Le malade prenait alors un huitième de grain de sublimé par jour. La cicatrice qui avait remplacé le chancre devint bientôt le siége d'une induration d'apparence cartilagineuse ne s'étendant pas au-delà du derme, mais qui augmentant en étendue et en épaisseur, finit par empêcher le prépuce de recouvrir le gland. Cette induration était indolente ; les appli-

cations émollientes et les onctions mercurielles ne la firent point diminuer, elle s'accrut au contraire. Craignant la dégénérescence de cette petite tumeur, bien qu'elle restât indolore, et encore plus pour satisfaire à l'impatience du malade, j'en fis l'excision au moyen de ciseaux courbés sur le plat ; je pus alors me convaincre que le tissu induré avait acquis une consistance presque cartilagineuse. La petite plaie résultant de cette ablation fut bientôt cicatrisée, mais soit que le tissu induré n'eût pas été totalement enlevé, soit que la nature du mal en fût cause, l'induration se reproduisit ; c'est dans cet état, qu'à la fin d'avril, le malade dût entreprendre un voyage, cessa tout traitement et se borna à des soins de propreté.

Vers la fin de mai, M*** vint me revoir : l'induration de la verge avait augmenté en grosseur et en étendue au point que le prépuce restait retroussé en arrière de la couronne du gland ; cette tumeur était indolente, sa surface s'excoriait très-souvent et se recouvrait alors de petits ulcères dont la cicatrisation s'opérait lentement. La surface du corps (la face, la tête, le tronc et les membres) était couverte de nombreuses pustules isolées qu'à leur aspect plat et cuivreux, je reconnus être de nature syphilitique. La paroi postérieure du pharynx, le voile du palais et la surface des amygdales étaient le siége de larges ulcérations vénériennes, à surface grisâtre, à bords inégaux et coupés perpendiculairement et dont le contour était rouge et un peu tuméfié, ce qui rendait la déglutition difficile et douloureuse. La face interne de la lèvre inférieure était parsemée d'ulcérations semblables, mais plus petites.

La réunion de ces symptômes ne laissait aucun doute sur une infection générale de l'économie dont le chancre induré de la verge avait été le point de départ. Il s'agissait donc d'instituer un traitement propre à guérir les symptômes locaux et à détruire le virus syphilitique.

Le malade obligé de vaquer à ses affaires et de s'absenter souvent de la ville, réclamait un traitement facile et qu'il put cacher. Je lui prescrivis les pilules suivantes dont j'ai presque toujours eu à me louer.

R. Deutochlorur. hydrargyr.	gr. xij ;
Solv. in aq. destill.	ʒj ;
Add. Mann. elect.	ʒij ;
Extr. Guaïac.	ʒj ;
Pulv. rad. liquirit., q. s.,	
ut f. pilul. œq.,	nº LXXXXVI.

Chaque pilule contient un huitième de grain de sel mercuriel. J'en fis prendre une le matin et une le soir, avec un verre de décoction de salsepareille, boisson dont le malade devait prendre un pot dans la journée. — Bains généraux tous les deux jours. — Gargarisme avec une décoction de guimauve et le miel rosat. — Pour la verge, le malade se borne aux soins de propreté. — Régime composé de viandes blanches, de légumes légers, abstinence de toute espèce d'excitant liquide ou solide.

Le 10 juin les chancres de la gorge et de la bouche présentaient toujours un aspect grisâtre, mais il n'y avait plus de rougeur dans leur pourtour et

ils n'étaient plus douloureux; ils semblaient aussi avoir diminué d'étendue. Les pustules avaient pâli, et dans les cheveux elles présentaient des exfoliations épidermiques. L'induration de la verge avait diminué considérablement bien qu'aucun topique n'y eut été appliqué. — Je fis alors prendre trois pilules par jour; du reste même traitement.

Huit jours plus tard, les pustules avaient pâli davantage; les chancres de la cavité buccale et pharyngienne restaient stationnaires et toujours grisâtres; l'induration de la verge marchait vers une prompte résolution. — Rien ne fut changé au traitement, excepté que je cautérisai, avec le crayon de nitrate d'argent fixé sur un long porte-crayon, tous les ulcères de la gorge et de la bouche; cette opération fut répétée le surlendemain, et il n'en résulta aucun dérangement si ce n'est une irritation momentanée qui détermina l'expuition de beaucoup de mucosités mêlées de salive. Trois jours après, la surface des chancres était rouge et diminuée d'étendue; on s'apercevait d'un commencement de travail de cicatrisation. Ces cautérisations répétées tous les cinq à six jours, amenèrent, conjointement avec le traitement indiqué plus haut, la cicatrisation complète des chancres précités. Les pustules syphilitiques avaient diminué progressivement, et le 18 juillet M*** était totalement guéri. Il ne reste plus aucune trace de l'induration de la verge et la surface de la peau ne laisse plus apercevoir les places qu'occupaient les pustules.

Réflexions.

Cette observation présente deux particularités qui méritent d'être notées : 1° l'induration qui a succédé au chancre développé primitivement à la verge et qui n'a disparu qu'après un traitement mercuriel, circonstance qui vient confirmer les observations faites par M. Ricord, qui a toujours remarqué que le chancre induré, très-difficile à guérir, entraîne souvent la vérole. 2° Le succès obtenu par la cautérisation dans le traitement local des chancres de la gorge et de la bouche : l'innocuité de ce moyen, préconisé avec tant d'assurance par M. le docteur Carmichaël, professeur de clinique à l'hôpital de Richemond (*The Dublin méd. press.*, 24 mai 1840), et qui engagera peut-être des praticiens trop timides à en tenter l'emploi.

Ce 3 Août 1840.

NOTICE

SUR LE

GISEMENT ET L'EXPLOITATION DU DIAMANT DANS LA PROVINCE DE MINAS-GERAES AU BRÉSIL;

Par SÉBASTIEN-JOSEPH DENIS, (de Herve, province de Liége),

Ex-administrateur-ingénieur de la compagnie Brésilienne Uniaô-mineira (union des mines).

(Rapport sur ce travail, lu dans la séance du 5 juillet 1841 (1)).

Dans ce mémoire, l'auteur, après avoir donné un aperçu général sur la topographie, l'hydrographie, le climat, les vents dominants, la population, la culture, le commerce de cette province, a pour but spécialement de faire connaître le gisement ainsi que les différents procédés usités dans cette province, pour l'extraction du diamant dont les mines n'ont été découvertes qu'en 1728 (dans le district de Serro-do-Frio).

Nous possédions déjà sur le gisement des diamants au Brésil des notions circonstanciées que nous devions à MM. Dandrada et Maw; mais nous n'avions rien jusqu'ici de spécial sur la province de Minas-Geraes.

Cette monographie est l'ouvrage de notre compatriote M. l'ingénieur-administrateur Denis, qui a séjourné au Brésil pendant près de neuf années et qui s'est rigoureusement astreint dans le manuscrit qu'il soumet à la Société, à ne consigner que les faits qu'il a vérifiés lui-même, d'après ses nombreuses et périlleuses observations.

L'itacolumite, roche composée de quartz et de talc, reposant sur le schiste talqueux, ou pour mieux dire, la première couche d'itacolumite qui vient après le gneiss et qui repose sur le schiste talqueux, lequel semble n'être que le passage entre le gneiss et l'itacolumite proprement dite, dans lequel le talc prédomine, et le talc très-rare en grains excessivement fins conduit insensiblement en perdant de son talc à la véritable itacolumite qui est la roche dans laquelle se trouve le diamant et qu'on doit regarder comme son véritable gisement.

L'itacolumite est une roche de texture schisteuse composée de quartz et de talc.

On observe une infinité de nuances dans cette roche; à la partie inférieure elle est très-talqueuse, perd continuellement de son talc et arrive au point supérieur à ne former que des masses de quartz à grains fins liés

(1) MM. F. MOUREMANS et F.-G. LEROY, *commissaires,* M. le docteur MEISSER, *rapporteur.*

entre eux, ce qui la rend compacte et d'autres fois à texture grénue ou granuleuse.

Ordinairement le quartz est de couleur grise, blanche ou rougeâtre; le talc offre une grande variété de couleur.

La cassure est, ou écailleuse et presque terne et d'autres fois d'un aspect vitreux.

Ces couches qui sont généralement bien stratifiées sont parfois recouvertes de la même roche en masse, mais qui ne présente plus pour ainsi dire aucune paillette de talc. Elles sont coupées par une grande quantité de veines et de filerets de quartz hyalin cristallisé ou amorphe de différentes couleurs, blanc, laiteux, rougeâtre, gris-noirâtre, jaunâtre, renfermant différentes espèces minéralogiques, telles que : l'or natif, les pyrites martiales, arsénicales, cuivreuses, le tellure, le bismuth sulfuré et oxidé, tous minérais auriféres; le sphène, les tourmalines, le schorl, l'amphibole, le manganèse, le fer oligiste, spéculaire, lamellaire, cristallisé, irisé; le fer titané, les hématides de fer, le fer oxidulé en octaèdres, la chaux carbonatée ferrifère, l'arséniate de fer.

On rencontre encore de temps à autre des lignes ou veines de lydienne ou pierre de touche. On y trouve aussi des géodes tapissées de quartz hyalin prismatique très-bien cristallisé et dans une galerie d'écoulement qui a été percée à l'Uniaô-mineira, on a trouvé des géodes remplies de beaux cristaux de chaux carbonatée en têtes de cloux, des cristaux de quartz et des pyrites sulfureuses.

Il y a plusieurs couches de cette formation qui sont très-riches en or et qui renferment une grande partie des espèces précitées et des grenats. On y rencontre quelques amas couchés et beaucoup de veines.

Ces roches, quoique très-fendillées, résistent encore le plus à l'action destructive et décomposante des éléments; forment de nombreuses cimes, des crêtes, des escarpements et des pentes très-rapides.

Des réunions considérables de blocs et des couches qui se trouvent en saillie au milieu des champs font reconnaître d'avance la nature du terrain; son aspect sévère et agreste contraste avec l'aspect uni et mamelonné des formations plus talqueuses et argileuses qui constituent les régions basses.

Ces roches cédant plus facilement aux agents destructeurs recouvrent la surface du sol d'une certaine épaisseur de terre végétale, ne présentent pas des blocs épars ou seulement quelques-uns arrivés des hauteurs environnantes, et rarement des rochers saillants, si ce n'est quelques filons quartzeux qui se montrent d'une manière errative.

Les terrains d'itacolumite sont les plus étendus dans cette province : dans la partie nord et ouest, ils forment presque la totalité des chaînes de montagnes appelées: Serro-do-Frio, Serra-da-Lapa, Serra-do-Itambé, de Minas-Novas, Serra-da-Piedade, de Ouro-branco, do Itacolumi, do Caraça, de Capanema, d'Itabira, etc. Enfin on peut les regarder comme la roche dominante de la province.

Cette roche est très-bien stratifiée, à toutes les inclinaisons depuis la verticale jusqu'à l'horizontale; forme la plus grande partie des pics, des plateaux et des crètes les plus élevées, tels que l'itacolumi d'Ouro-preto, le pic d'Itambé, la Chapada-da-villa-diamantina, le Caraça, le grand Mojalde,

Minas-novas, la Serra-da-Lapa, da Piedade, les environs da Cidade diamantina.

Les brésiliens, qui emploient le diamant, divisent les dépôts qui les contiennent en deux espèces qui sont bien les mêmes, mais d'aspect différent.

Les premiers qu'ils appellent gurgulho (charançon) se trouvent à la superficie du terrain, recouvert par une mince couche de sable ou de terre végétale dans des plaines élevées ou basses, le plus souvent marécageuses appelées vangens, est composé de quartz amorphe brisé en fragments plus ou moins gros, non roulés, ni agglutinés, mêlés de beaucoup de sable; il s'y trouve de l'or en grains, en paillettes, quelquefois du platine, du fer oligiste, enfin toutes les espèces minérales qui s'y rencontrent dans le cascalho (blocaille et poudingen) sauf que ces substances ne sont pas roulées, mais seulement détachées ou concassées.

Ici les diamants sont plus clairs, c'est-à-dire ne sont pas, généralement parlant, recouverts d'une croûte, ou au moins d'une croûte qui n'est pas aussi épaisse; les crêtes et angles sont moins émarginés, ce qui semble prouver qu'ils n'ont point roulé comme ceux des rivières et des bas fonds.

Autrefois on croyait qu'il ne s'en trouvait que dans ces dernières localités, lorsque tout à coup le hazard en fit découvrir sur des montagnes élevées et dans les autres minéraux et minérais que l'on appelle fornentins du diamant, lesquels font plus ou moins bien augurer du cascalho.

L'autre dépôt appelé cascalho est composé de cailloux roulés quartzeux, parfois liés entre eux par une argile ferrugineuse. Autrefois amassés sans aucune cohérence renfermant de l'or, quelquefois des grains de platine, du fer oligiste, du fer oxidulé octaédrique, du fer hydraté, des oxides bruns et rouges (esmeril de ferro) du titane anatase en octaèdres (cativos) du rutile (esmeril d'Agulha) du disthène blanc et bleu clair en petites plaques imitant la paille de riz, de gros morceaux de lydienne en forme de fèves (favas) en petits morceaux imitant les haricots noirs (feijoêns pretos) etc. Cet assemblage repose ordinairement sur des argiles talqueuses diversement colorées ou des gneiss entièrement décomposés que l'on appelle Piçarra.

Ce même poudingue qui contient le diamant en est quelquefois recouvert; le plus souvent ce n'est qu'un sable mouvant ou des débris de roches roulés qui le recouvrent et parfois il se trouve tout à fait à la superficie.

Dans certaines rivières et ruisseaux, il en forme le lit et l'on voit l'eau le laver continuellement.

Dans le cascalho proprement dit, on ne rencontre pas de restes, ni du règne animal, ni du règne végétal, seulement dans les couches qui le recouvrent, on trouve des arbres entiers avec leurs racines, mais de la manière dont ils sont mutilés, on voit qu'ils ont été amenés de loin par les eaux.

Quant aux modes d'extraction, d'épuisement et de lavage, que les brésiliens emploient, l'auteur les fait connaître minutieusement, et dans les dessins qu'il a placés à la fin de son mémoire il représente les instruments usités ainsi que la coupe générale des formations de la province de Minas-Geraes.

En somme, nous avons lu avec le plus grand intérêt tout ce qui est relatif au gisement des diamants dans cette province où M. l'ingénieur Denis a laissé les plus honorables souvenirs et nous faisons des vœux pour

que l'auteur fasse paraître sans retard ce qu'il nous annonce posséder sur les diverses espèces minérales qu'il a eues occasion d'observer dans l'itacolumite.

En conséquence, nous croyons devoir vous proposer de conférer à M. l'ingénieur-administrateur Denis, le titre de membre correspondant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Bruxelles, le 28 juin 1841.

DE LA SECTION DES MUSCLES MOTEURS DE LA LANGUE,

CONSIDÉRÉE COMME CURE RADICALE DU BÉGAIEMENT.

Par ZOUDE, (de Tournay),
Docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, membre de la Société de médecine d'Anvers.

Deuxième mémoire.

Messieurs,

Dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de vous présenter il y a environ un mois, et que vous avez fait imprimer dans vos Annales, j'ai indiqué les principales variétés du bégaiement, afin de faire connaître celles qui sont accessibles à l'action de l'instrument tranchant, comme celles qui lui sont réfractaires; j'ai enfin démontré que la même opération ne pouvait convenir à toutes et j'ai cherché à spécifier celle qui convient à chaque espèce; mon but aujourd'hui est de décrire les principales méthodes et procédés qui ont été vantés pour parvenir à ce but, après avoir jeté un coup d'œil sur l'historique de cette opération.

HISTORIQUE DE L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT.

Le 1er février 1841, le Journal des débats fit les révélations suivantes : « On lit dans un journal allemand » : Une découverte du professeur Dieffenbach excite à Berlin l'attention générale : ce professeur a trouvé le moyen de guérir le bégaiement au moyen d'une incision dans la langue. L'opération qu'il a faite a complétement réussi. Suivant M. Dieffenbach le bégaiement provient d'une impossibilité d'appliquer la langue au palais. Son procédé consiste à faire cesser cet inconvénient.

Cette nouvelle fit explosion, elle ouvrit l'arène à tous les opérateurs, un grand nombre s'y rendirent, et c'était à qui aurait trouvé le premier en quoi consistait l'opération du célèbre chirurgien de Berlin.

La section des muscles de l'œil qui avait donné de si beaux résultats pour la cure du strabisme, mit les chirurgiens sur la voie de la nouvelle méthode pour guérir le psellisme; et il ne s'était écoulé que quelques jours, que MM. Phillips, Velpeau, Roux, Amussat et Baudens avaient déjà tenté l'opération découverte par l'illustre chirurgien de Berlin.

Mais à qui revient l'honneur de la priorité? Voilà une question qu'il est très-difficile de résoudre, car la jalousie de quelques chirurgiens, leur désir de passer pour les inventeurs de tout, font qu'ils viennent trois ou quatre à la fois réclamer la priorité; criant : l'un qu'il avait couvé cette pensée depuis longtemps; l'autre qu'en ayant eu l'idée, il l'avait communiquée à son confrère, qui l'avait exploitée à son compte; celui-ci qu'elle était éclose dans son cerveau avant de germer dans celui de son voisin; celui-là, qu'il l'avait pratiqué dans un amphithéâtre en présence de quelques élèves en médecine et enfin mille autres raisons à travers lesquelles on aperçoit plus ou moins d'ambition.

Je vais cependant aborder la question de priorité du traitement du bégaiement par la section des muscles de la langue, je tacherai de faire la part de chacun, et de rapporter exactement les dates, telles qu'elles figurent dans les procès-verbaux de l'Académie, dans les journaux ou annales quelconques, où nos auteurs ont fait insérer quelque chose :

Quatre opérateurs se disputent l'honneur de cette découverte, ce sont : Baudens, Amussat, Phillips et Delvigne (de Liége). On verra dans l'exposé historique de l'opération du bégaiement, qui va suivre, les motifs de leur prétention à la priorité.

M. Baudens dans un article inséré dans le numéro du 6 mars de la Gazette des hôpitaux, dit que l'opinion de Dieffenbach qui attribue le bégaiement à un état spasmodique de la langue et des parties chargées de la prononciation est aussi la sienne; il formule ensuite les quatre phénomènes principaux que l'on remarque chez les personnes qui bégaient, ce sont :

1° Légère déviation de la langue à droite et à gauche.

2° Impossibilité de porter la pointe de la langue sur la lèvre supérieure sans le secours de la mâchoire inférieure, qui alors s'avance pour la soutenir.

3° Développement remarquable des muscles génio-glosses à leur insertion aux apophyses géni; développement aisé à constater en faisant porter la pointe de la langue vers le palais.

4° Agitation spasmodique de la langue pendant l'acte de la phonation; celle-ci se porte dans ce moment dans la cavité buccale, sans frapper de sa pointe la voûte du palais. Les bègues parlent, la bouche étant entr'ouverte toujours au même degré; il semble que la mâchoire inférieure soit immobile dans la crainte de pincer la langue, qui s'étale et se porte convulsivement sous les arcades dentaires.

Après avoir formulé ces propositions, M. Baudens explique la manière dont il fait l'opération, comme nous nous occuperons bientôt de ce sujet, je n'en parlerai point maintenant pour éviter les répétitions.

Dans un second article inséré par M. Baudens dans le n° 30 de la Gazette des hôpitaux, ce chirurgien dit qu'il aurait pu répéter le premier à Paris les opérations de M. Dieffenbach, que ses relations avec cet opérateur et les détails qu'il lui en avait donnés, le mettaient plus à même que tout autre de se livrer à des tentatives de cette nature; que plusieurs bègues étaient venu réclamer de lui l'opération qui devait porter remède à leur infirmité, qu'il a résisté à leur empressement et que ce n'est que le 24 février, qu'il a fait la première tentative, parce qu'alors il avait eu le temps d'asseoir son jugement sur la valeur de ce nouveau moyen curatif.

Le deuxième concurrent qui aspire à l'honneur d'avoir le premier trouvé ce qu'avait inventé le chirurgien de Prusse, est M. Amussat, qui écrivait le 15 février la lettre suivante à l'Académie des Sciences (1).

A M. le président de l'Académie des Sciences.

Monsieur le président.

« J'ai l'honneur de vous prier d'informer votre savante compagnie que j'ai aussi opéré deux bègues avec succès par la section des muscles de la langue.

» En réfléchissant à la justesse de l'induction tirée de l'orthopédie par M. Stromeyer pour le strabisme et aux résultats admirables et nombreux que nous avons obtenus (déjà M. L. Boyer et moi nous avons opéré plus de 200 louches), je me suis demandé s'il n'y aurait pas quelqu'autre application à en faire pour une infirmité du même genre; je me suis tout naturellement arrêté au bégaiement, et j'en ai fait part immédiatement à M. L. Boyer et à M. Levaillant, ainsi qu'aux médecins français et étrangers qui suivent mes cours. Je dois ajouter que j'ai communiqué cette idée à M. Phillips avant que M. Dieffenbach et lui eussent annoncé la possibilité de guérir le bégaiement comme le strabisme; M. Phillips me répondit qu'il y avait aussi pensé et nous avons travaillé chacun de notre côté.

» Ce n'est point du reste une question de priorité que je viens soulever devant l'Académie; mon but est seulement d'établir que la même idée peut venir simultanément aux personnes qui s'occupent des mêmes travaux.

» Dès que j'eus pensé qu'il y avait peut-être quelque analogie entre les bègues et les louches, j'ai fait sur moi-même et sur les autres des études relativement aux mouvements de la langue dans la prononciation, et j'ai recherché avidement l'occasion d'observer les bègues. Bientôt j'ai eu la satisfaction de pouvoir confirmer mes prévisions, c'est-à-dire que j'ai constaté qu'en général les bègues ont la langue déviée, plus courte, et qu'ils ne peuvent exécuter des mouvements aussi étendus que dans l'état normal.

» Aussitôt que j'eus constaté ce fait, je me suis hâté de revoir l'anatomie de la langue, et j'ai fait, conjointement avec M. L. Boyer, des études opératoires sur le cadavre et sur les animaux vivants. Après avoir étudié

(1) Voyez Bulletin de l'Académie des Sciences, séance du 15 février 1841.

et médité, je me suis décidé à pratiquer la section des muscles génio-glosses.

» Le premier malade que j'ai opéré avec l'aide de MM. Boyer, Levaillant et Foucart est un enfant de 11 ans. Il avait un embarras très-grand dans la prononciation; l'articulation des sons était empâtée et difficile; le bégaiement était peu sensible. Le filet assez fort et dur, tendait à se déchirer lorsqu'on voulait par des tractions allonger la langue, cet état auquel on avait déjà cherché à remédier par la section du filet, était accompagné d'une déviation à droite de la langue, et de l'impossibilité d'élever cet organe jusqu'aux arcades dentaires supérieures, immédiatement après l'opération que le père et l'enfant désiraient beaucoup, nous remarquâmes, ainsi que les assistants, une amélioration évidente dans la prononciation et une diminution dans l'empâtement. Le filet dont l'attache inférieure venait d'être coupée en même temps que le muscle, ne s'opposait plus aux mouvements d'élévation de la langue.

» Le deuxième opéré est âgé de 40 ans, ancien militaire, il avait un bégaiement aussi complet que possible; le filet très-fort était distendu au point de se déchirer lorsqu'on essayait d'allonger la langue, et, comme conséquence naturelle, les mouvements d'élévation étaient très-bornés.

» Il existe en outre une déviation à droite de la langue, lorsque cet organe était porté hors de la bouche. Enfin, les mots « *opération*, et *caporal, hors la garde* » prononcés par le malade, dans l'intention d'avoir après l'opération un moyen certain de comparaison, ces mots étaient articulés par syllabes et avec beaucoup d'efforts.

» L'opération fut pratiquée à Versailles, chez M. le docteur Thibault, avec l'assistance de MM. L. Boyer, Lamuzurier, Euvrard, Voisin, Guérineau, Levaillant etc. etc., immédiatement après, l'état du malade était sensiblement amélioré, à tel point que les mots opération, etc., que nous venons d'indiquer étaient articulés sans hésitation. Le malade lui-même s'aperçut si bien du changement qui s'était opéré, qu'il s'écria qu'il y avait autant de différence entre sa prononciation actuelle et l'ancienne, qu'entre un verre d'eau qu'il tenait à la main et un verre de vin.

M. Amussat décrit ensuite le procédé opératoire qu'il a employé, et que nous ne reproduisons pas, parce que nous le retrouverons plus tard avec ce du procédé. Il termine enfin en disant :

» Je me suis fait un devoir de communiquer le plus promptement possible à l'Académie mes recherches sur ce sujet, pour mettre les praticiens en mesure de méditer cette nouvelle opération, afin de les encourager à la tenter et à nous aider à la perfectionner. J'ose espérer qu'elle nous donnera incessamment les mêmes résultats et la même satisfaction que l'opération strabisme.

Agréez, etc.

AMUSSAT.

Paris, 15 février 1841.

P. S. J'ai l'honneur de prévenir l'Académie que les malades opérés sont dans la salle d'entrée à la disposition de MM. Les membres qui voudraient examiner leur état.

Le 16 février M. Amussat annonça à l'Académie de médecine qu'il avait opéré deux bègues avec succès, par la section des muscles de la langue, et il raconta ce qu'il avait dit dans une lettre adréssée à ce sujet à l'Académie des Sciences le 15 février, en présentant les deux individus qu'il a opérés.

Le 22 février il adressa de nouveau la lettre suivante à l'Académie des Sciences : (1).

Monsieur le Président.

» J'ai l'honneur de vous prier de nouveau d'informer l'Académie que depuis lundi dernier j'ai opéré 7 bègues, ce qui fait neuf avec les deux que j'ai déjà soumis à l'examen de MM. les membres de l'Académie. Parmi les sept nouveaux opérés se trouvent les deux bègues que j'avais présentés à la séance dernière pour faire constater leur état avant l'opération, afin que l'on pût apprécier les effets de la section du muscle génio-glosse. Les résultats obtenus sont déjà fort encourageants ; ils me causent une grande satisfaction, ainsi qu'à tous ceux qui ont vu les bègues avant et après l'opération, et, malgré les appréhensions de quelques personnes, j'espère que ces résultats se maintiendront comme ceux de l'opération du strabisme.

» Je n'ai pas la prétention de guérir tous les bègues et de faire disparaître tous les vices de la parole par la simple section des muscles génio-glosses; mais je puis dire que les succès déjà obtenus par cette opération ont beaucoup dépassé mes espérances et celles de tous les amis sincères des progrès de la chirurgie.

» Je dois ajouter que le procédé que j'emploie pour la section des muscles génio-glosses est le même que celui que j'ai indiqué dans ma précédente lettre, et à cette occasion je m'empresse de prévenir les praticiens, comme nous l'avons déjà fait M. Boyer et moi pour le strabisme, qu'il faut détruire avec précaution et persévérance tous les agents de la déviation ou du raccourcissement, qui produisent le bégaiement jusqu'à ce que le résultat soit obtenu, ce qui est quelquefois long et pénible. J'insiste sur ce fait, parce que déjà plusieurs chirurgiens ont échoué pour le bégaiement comme pour le strabisme : sans doute, ils se sont trop pressés d'appliquer, ils n'ont pas fait tout ce qu'il fallait faire.

» Je ne puis m'empêcher de répéter que ces nouvelles opérations doivent être méditées et répétées sur le cadavre et sur les animaux vivants, avant d'oser les tenter sur l'homme, si l'on veut avoir tout le succès possible.

Veuillez agréer, etc. AMUSSAT.

Paris, le 22 février 1841.

P. S. Les malades atteints de bégaiement et ceux qui ont été opérés resteront dans la salle d'entrée jusqu'à la fin de la séance pour être examinés par MM. les membres de l'Académie.

(1) Voyez Bulletin de l'Académie des Sciences, séance du 23 février 1841.

Enfin, dans la séance de l'Académie de médecine du 23 février 1841, M. Amussat annonça qu'il a pratiqué jusqu'à ce jour sur neuf bègues l'opération du bégaiement avec un succès aussi complet qu'on pouvait le désirer, et il commençait la description du procédé qu'il a suivi dans ses opérations, quand M. Gerdy rappela qu'il a la parole sur l'examen que la commission a fait des malades présentés par M. Amussat; alors arriva au sein de l'Académie, la triste et scandaleuse séance que vous connaissez. Nous ne reproduirons pas tout ce qu'elle a d'affligeant pour les hommes qui comprennent toute la dignité de leur art, et nous faisons des vœux pour que ce précédent sans exemple n'ait point de lendemain.

Il nous reste encore à examiner les titres de MM. Phillips et Delvigne de Liége à la priorité de l'opération de la glossotomie.

Le 6 février 1841, M. Phillips présenta à la Société de médecine du 12e arrondissement, présidée par M. Bégin, deux bègues qu'il avait opérés.

Le 9, il adressa à l'Académie un paquet cacheté, relatif à trois opérations qu'il avait pratiquées sur la langue pour guérir le bégaiement. Le succès a été complet, y lisait-on, et aussitôt après l'opération les individus ont parlé librement et sans aucune hésitation, même sur les lettres qu'ils prononçaient avec le plus de peine avant d'être opérés.

Quand à M. Delvigne de Liége, il adressa le 27 février 1841, la lettre suivante à la Société de médecine d'Anvers.

A M. LE PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Monsieur et très-honorable confrère,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que, par suite de mes recherches, je viens de pratiquer une opération encore inconnue en Belgique, pour la cure du bégaiement ou psellisme; afin qu'aucune discussion ne s'élève un jour sur la priorité de cette découverte, je m'empresse de vous donner quelques détails sur cette opération que j'ai déjà eu occasion de pratiquer trois fois avec succès; je vous prie d'appeler l'attention de MM. les membres de votre savante Société sur un moyen destiné à rendre de si grands services à l'humanité.

Voici en quoi consiste mon procédé que j'ai expérimenté sur le cadavre, le 15 de ce mois, en présence de plusieurs étudiants en médecine de notre Université, et que j'ai mis en pratique les 23 et 24 du même mois.

Nous ne décrirons pas ce procédé, puisque cette description trouvera bientôt sa place ailleurs.

Ici finit l'historique de cette opération; rapprochons maintenant les dates et nous obtiendrons le tableau suivant :

Le 1er février, le Journal des débats annonce le succès obtenu par M. Dieffenbach pour guérir le bégaiement, en faisant une incision sur la langue, sans indiquer l'opération.

Le 6, M. Phillips montre à la Société de médecine du 12e arrondissement, présidée par M. Bégin, deux bègues qu'il a opérés par la myotomie.

Le 9, M. Phillips écrit à l'Académie pour l'informer aussi de son succès.

Le 15, M. Amussat écrit à l'Académie des Sciences et y montre ses opérés.

Le 16, M. Amussat annonce à l'Académie de médecine qu'il a opéré deux bègues, qu'il les engage à examiner.

Le 23, M. Amussat écrit une nouvelle lettre à l'Académie des Sciences sur le même sujet.

Le 27, M. Delvigne, de Liége, écrit à la Société de médecine d'Anvers que les 23 et 24 de ce mois, il a mis en pratique son procédé pour la cure radicale du bégaiement, qu'il avait essayé le 15 du même mois sur le cadavre.

Le 6 mars, M. Baudens fait insérer un article dans la Gazette des hôpitaux, dans lequel il généralise plusieurs propositions sur le bégaiement, et où il dit qu'il aurait pu répéter le premier à Paris, les opérations de Dieffenbach.

Concluons de tout ce qui précède :

1° Que M. Baudens n'a aucun droit à la priorité de l'opération du bégaiement, puisque ce n'est que le 24 février qu'il a fait sa première tentative, dix-huit jours après celle de M. Phillips ; et quant à ce qu'il dit qu'il aurait pu pratiquer le premier cette opération après M. Dieffenbach, c'est là ce que tout le monde peut avancer après coup ; et certes, si M. Baudens avait connu cette opération aussitôt après l'annonce du Journal des débats, il se serait empressé de spécifier quelle était l'opération que le journal allemand entendait par le mot *incision*.

2° Que ceci est aussi applicable à M. Delvigne, de Liége, qui n'a fait ses deux opérations que le 23 et le 24 février, alors que les journaux français avaient déjà fait connaître depuis dix-huit jours, les opérations de MM. Phillips, Amussat, Velpeau et Roux (1).

Mais on nous dira peut-être, ce chirurgien a expérimenté sur le cadavre le 15 du même mois ; à cela je répondrai qu'il est encore ici en retard, puisque tous les opérateurs désireux de trouver ce qu'avait inventé l'illustre chirurgien de Berlin, ont commencé leurs recherches sur le cadavre le 2 février, le lendemain de la publication dans le journal politique ; et quand bien même M. Delvigne aurait trouvé un procédé le 15 février, cela ne changerait pas la question, puisque le 6, M. Phillips a fait trois opérations, et que MM. Velpeau et Amussat ont opéré, chacun de leur côté, le 14.

A qui donc la victoire, de M. Phillips ou de M. Amussat.

Le rapprochement des dates ne nous laisse pas balancer, c'est le chirurgien de Liége qui huit jours avant le chirurgien de Paris, trouva ce que M. Dieffenbach avait inventé. A lui donc l'honneur de la priorité, à moins toutefois, que l'idée lui en ait été communiquée par M. Amussat, comme celui-ci l'avance dans sa lettre du 15 février, à l'Académie des Sciences, ce que je ne crois pas, car si cela était vrai, il n'aurait point dit dans sa lettre

(1) En effet, la Gazette des hôpitaux du 18 février 1841, et la Gazette médicale de Paris du 20 février 1841, font connaître le résultat de trois opérations de M. Phillips ; le procédé et le résultat d'une opération pratiquée par M. Velpeau, ainsi que la lettre de M. Amussat à l'Institut.

Nous devons ajouter que nous recevons en Belgique, les journaux de médecine de Paris, le surlendemain, au plus tard, de leur publication.

« Ce n'est point du reste une question de priorité que je viens soulever devant l'Académie. »

Nous regrettons cependant que M. Phillips n'ait point indiqué dans sa lettre, adressée le 9 février à l'Académie, le genre d'opération qu'il a pratiquée, pour guérir l'individu dont il parle.

DIVISION DES OPÉRATIONS FAITES SUR LA LANGUE POUR GUÉRIR LE BÉGAIEMENT.

Quoique l'opération pour obtenir la cure radicale du psellisme ne soit encore que naissante, les procédés qui ont été inventés pour la pratiquer, n'en sont pas moins très-nombreux et tout aussi variables que les théories imaginées pour expliquer cette infirmité.

M. Phillips, de Liége, dans un mémoire sur le traitement du bégaiement qu'il fit insérer dans la 10e livraison (1) du Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, divise les méthodes opératoires en deux classes :

1° L'opération qui tend à modifier l'innervation de la langue ;

2° L'opération qui tend à rendre plus de liberté à la langue.

« La première de ces deux classes comprend : 1° Les opérations faites sur la langue au moyen du bistouri, elles appartiennent à M. Dieffenbach ; 2° L'opération faite sur la langue par l'instrument tranchant ; et 3° l'opération faite sur la langue par des ligatures, elle appartient à M. Velpeau.

» La seconde classe renferme les opérations qui ont été faites sur l'attache du muscle génio-glosse ; elle peut être exécutée par trois procédés différents, qui sont celui de M. Velpeau, celui de M. Amussat et le mien.

» Enfin la section des génio-glosses a aussi été faite par la méthode sous-cutanée. »

Cette division est assez satisfaisante, c'est celle que j'admettrai dans l'exposé des procédés opératoires que je vais faire, sauf quelques restrictions : ainsi au lieu de prendre pour la première classe, le titre de : *opérations qui tendent à modifier l'innervation de la langue ;* et pour la deuxième celui de : *opérations qui tendent à rendre plus de liberté à la langue,* je prendrais pour ma première grande division, le titre de :

Opérations qui portent sur toute la musculature linguale.

Et pour ma deuxième grande division, celui de :

Opérations qui ne portent que sur les muscles génio-glosses.

Voici les raisons pour lesquelles j'ai opéré ces changements.

Des trois procédés opératoires dont M. Phillips fait composer sa première méthode, il n'y a que la première qui procure la guérison du bégaiement en changeant l'innervation de la langue, et le deuxième ou procédé de Dieffenbach qui consiste à enlever, au moyen de l'instrument tranchant, un morceau triangulaire de la langue, il ne procure évidemment la cure du psellisme, que quand la trop grande longueur de cet organe en est la cause; et quand au troisième, c'est le même que ce dernier, seulement M. Velpeau

(1) Numéro du 15 mai 1841.

a remplacé le bistouri dont se sert le professeur de Berlin, par des ligatures, qui produisent le même effet, mais avec plus de lenteur, et font moins craindre l'hémorrhagie.

J'ai ensuite pensé qu'il fallait changer le titre de la deuxième méthode, parce qu'en disant que ces opérations donnent plus de liberté à la langue, on ne les spécifie pas bien, attendu que les opérations de la première méthode donnent aussi plus de liberté à la langue, et j'ai cru que puisque dans tous les procédés qui la composent, la section porte sur les muscles génio-glosses, qu'il serait beaucoup plus convenable de prendre le titre de : *opérations qui se pratiquent sur les muscles génio-glosses.*

PREMIÈRE MÉTHODE.

OPÉRATIONS QUI INTÉRESSENT TOUTE LA MUSCULATURE LINGUALE.

Nous rangeons sous cette méthode quatre procédés différents :

1° La section horizontale transverse de la racine de la langue.

2° La section sous-cutanée transversale de la racine de la langue avec conservation de la muqueuse.

3° La section horizontale de la racine de la langue, avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur.

Ces trois procédés sont de M. Dieffenbach.

4° L'opération précédente, mais au lieu d'emporter le coin triangulaire avec l'instrument tranchant on le limite avec de fortes ligatures.

Ce procédé est dû à M. Velpeau.

PREMIER PROCÉDÉ.

Section horizontale transverse de la racine de la langue.

Le patient étant assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un assistant, un aide tire la langue autant que possible, puis M. Dieffenbach la saisit dans la partie antérieure avec une pince de Muzeux, de manière que les crochets de la pince pénétrassent dans les bords : en serrant les branches de l'instrument, la langue fut ainsi comprimée latéralement, et son volume devenait plus étroit en gagnant en épaisseur, deux conditions favorables à l'exécution de l'opération.

Pendant qu'un des aides amenait la langue autant que possible en dehors et un peu de côté, et que l'autre retirait en arrière avec des crochets obtus les coins de la bouche, il saisit avec le pouce et l'index de la main gauche la racine de la langue et la releva en la comprimant latéralement. Cela fait, il incisa la langue transversalement à sa racine avec un bistouri.

Six fortes sutures réunirent exactement les bords de la plaie, et suffirent pour arrêter la perte de sang qui avait été assez abondante. Le malade suivit un traitement rafraîchissant. Le quatrième jour trois sutures furent enlevées et le cinquième les trois autres.

DEUXIÈME PROCÉDÉ.

Section sous-cutanée de la racine de la langue.

Voici les propres paroles de M. Dieffenbach pour la description de ce procédé opératoire (1).

« Je saisis la langue avec une pince de Muzeux et la tirai fortement en dehors de la bouche, puis j'enfonçai en arrière dans la face inférieure un bistouri à fistule falciforme et incisai la racine de la langue dans toute son épaisseur, en laissant intacte la muqueuse qui revet la face supérieure. La largeur de la plaie que j'avais faite en enfonçant et en faisant sortir le bistouri ne parut pas dépasser celle de l'instrument, ce qui provenait de l'extensibilité de la muqueuse. La langue était si complétement coupée sous la peau, dans toute sa largeur, qu'il eut suffi, pour la faire céder, de la tirer un peu fortement avec la pince.

» Le sang jaillit avec abondance des deux blessures latérales, comme s'il fut sorti d'un gros tronc d'artère, et la langue se tuméfia bientôt par la masse de sang qui s'accumulait dans le vide produit par la section sous-cutanée. Pour rétrécir cet espace, je fis une forte suture d'arrière en avant dans l'épaisseur de la langue, et fermai aussi les deux points latéraux par lesquels j'avais fait pénétrer mon bistouri. Lorsqu'après l'opération le jeune homme voulut produire quelque son, il ne contracta que légèrement la figure, et parvint sans de grands efforts, à prononcer le mot nein, en exprimant par des grimaces et des gestes la douleur qu'il ressentait. Les jours suivants s'écoulèrent sans qu'il se passât rien de remarquable. Le quatrième jour déjà je pus ôter les sutures, la réunion était complète dans toute la profondeur de la plaie. Au septième jour la langue ne présentait plus la moindre tuméfaction, et le huitième le jeune homme put quitter la chambre.

» Quand à l'exécution, cette opération présente plus de difficultés que les autres méthodes. »

TROISIÈME PROCÉDÉ.

Section horizontale de la racine de la langue, avec excision d'une pièce triangulaire.

Le tout étant disposé et la langue étant fixée comme dans le premier procédé, M. Dieffenbach enfonça la lame de son bistouri dont le taillant était dirigé en haut, dans la partie gauche de la racine de la langue, et après avoir fait pénétrer son instrument jusqu'au point opposé à celui où il était entré, il termina de bas en haut la section complète. Après avoir fixé le bord supérieur de la plaie par une forte suture, il saisit avec une

(1) Annales de chirurgie, t. 1, pag. 421.

pince munie de pointes le bord antérieur, et l'ayant ainsi comprimé latéralement, il enleva dans toute l'épaisseur de la langue de haut en bas, un morceau de 18 millimètres en forme de coin. Pour cette dernière section il se servit d'un petit bistouri droit préférablement à celui à fistule.

La lèvre postérieure fut, au moyen de la suture et d'un double crochet, amenée assez en avant pour pouvoir la recoudre. Six forts points de suture réunirent la plaie et empêchèrent l'hémorrhagie. La perte de sang fut assez considérable. Le malade fut soumis à un traitement rafraîchissant. Le cinquième jour il enleva trois sutures, et le sixième les trois dernières. Au septième jour la plaie était complétement guérie.

QUATRIÈME PROCÉDÉ.

Procédé par la ligature.

Devant opérer un bègue qui avait la langue très-longue, M. Velpeau imagina d'étrangler par des ligatures, une pièce triangulaire de cet organe, pour éviter l'hémorrhagie abondante qui suit toujours l'opération précédente. Voici comment il procéda :

Le malade assis sur une chaise, la tête fixée sur la poitrine d'un aide placé derrière lui, M. Velpeau saisit avec la main gauche, garnie d'un linge, le bout de la langue et attire cet organe le plus possible au dehors. Alors, avec la main droite il passe transversalement, au niveau du tiers postérieur de la longueur de la langue et vers le milieu de l'épaisseur de cet organe, une aiguille préalablement chargée de quatre fils. Après quoi l'aiguille est retirée, et les fils au nombre de quatre de chaque côté de la langue, sont disposés de la manière suivante : on en prend deux de chaque côté pour donner plus de solidité à la ligature et on les lie ensemble sur le dos de la langue le plus en arrière possible. Les quatre autres qui restent sont ensuite liés en avant.

On voit donc, que ces deux ligatures circonscrivent sur le corps de la langue une pièce triangulaire qui disparaîtra par la mortification des tissus comprimés par les fils, et qu'on aura, en définitive, le même résultat que par la méthode de Dieffenbach.

Le malade ne parut pas souffrir beaucoup de cette opération.

On était très-curieux de savoir quelles seraient les suites de cette opération, mais le malade ne voulut pas rester dans le service, il promit cependant de venir tous les jours à la visite.

Les quatre premiers jours qui suivirent l'opération, la langue prit un accroissement assez considérable ; les parties voisines se tuméfièrent aussi, mais aucun accident sérieux n'est survenu. Quelques sangsues autour du cou, des gargarismes, ont suffi pour tout faire disparaître.

Il paraît qu'aujourd'hui il va très-bien et qu'il ne bégaie presque plus.

DEUXIÈME MÉTHODE.

OPÉRATIONS QUI N'INTÉRESSENT QUE LES MUSCLES GÉNIO-GLOSSES.

Cette méthode compte neuf procédés différents, que je diviserai en trois classes, qui sont :

1° Opérations qui portent sur le corps des muscles génio-glosses. Cette classe comprend : un procédé de M. Velpeau, deux de M. Amussat et un de M. Phillips (de Liége);

2° Opérations qui portent sur le muscle à son attache à l'apophyse géni, elle comprend cinq procédés : celui de M. Delvigne (de Liége); celui de M. Velpeau; celui de M. Petréquin; celui de M. Baudens, et celui de M. Bonnet de Lyon ;

3° Opérations qui portent sur le corps des muscles génio-glosses avec excision d'une partie de ces muscles. Elle ne comprend qu'un procédé, celui de M. Lucas, de Londres.

CHAPITRE PREMIER.

Opérations qui portent sur le corps des muscles génio-glosses.

1° PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

Après avoir fait élever à l'individu et tirer fortement la langue au dehors, il saisit la pointe de cet organe avec la main gauche garnie d'un linge sec, puis, à l'aide de ciseaux droits, il fait la section des muscles génio-glosses entre le plancher de la bouche et la face inférieure de la langue au-dessous des artères ranines et au-dessus des glandes sublinguales et sous-maxillaires.

2° PROCÉDÉ DE M. PHILLIPS (de Liége).

Voici la description de ce procédé telle quelle se trouve dans une notice que ce chirurgien publia sur le bégaiement, le 22 mars dernier.

On fait asseoir le patient sur une chaise, il appuie sa tête contre la poitrine d'un aide, et il ouvre largement la bouche. L'opérateur saisit le frein de la langue à son angle de réflexion sur la langue même; l'instrument qui sert à exécuter cette manœuvre est une érigne coudée à angle droit, afin que l'aide à qui on le confie ne gène pas les mouvements de l'opérateur. Ce dernier implante une petite érigne dans le frein à une demi-ligne au-dessous des canaux de Warton, et, entre ces deux érignes, il donne un coup de ciseaux, il introduit par cette plaie un crochet mousse, tranchant sur sa concavité, depuis le bouton jusqu'au manche; il ramasse sur cet instrument toute la masse musculaire de la langue, et, faisant décrire à ce crochet un demi-cercle d'étendue, il coupe en un instant toute la musculature de la langue.

L'hémorrhagie qui suit cette opération est très-abondante, mais elle est salutaire au malade ; le douzième jour la cicatrisation est achevée.

3° PROCÉDÉS DE M. AMUSSAT.

1er *Procédé*. La langue étant renversée en arrière et en haut, la bouche fortement ouverte, il coupe perpendiculairement avec des ciseaux la muqueuse à la partie inférieure du frein ou le filet entre les deux canaux de Warton ; puis il coupe en travers au-dessous et il écarte les bords de la muqueuse divisée. Alors en faisant tirer la langue en avant et en haut hors de la bouche, les muscles viennent s'offrir d'eux-mêmes à la section avec des ciseaux ou un petit scalpel en rondache, on les divise plus ou moins suivant leur contraction.

C'est ce procédé que j'ai vu mettre en pratique sur trois bègues par M. Lutens, médecin de régiment à Anvers. Et je dois dire ici qu'une des difficultés de l'opération est de bien renverser la langue en arrière et en haut ; à cet effet M. Lutens s'était servi la première fois de la plaque de la sonde cannelée ordinaire, mais l'aide chargé de cet instrument avait eu beaucoup de peine à tenir la langue immobile, elle parvint même deux fois à s'en débarrasser.

A la seconde opération, M. Lutens ne voulant pas avoir recours à la pince de Muzeux, qui pique trop profondément la langue et est très-douloureuse, en était à chercher un instrument pour parvenir au même but, lorsque mon ami Haine, docteur à Merxem, jettant les yeux sur les instruments qui se trouvaient dans l'armoire de la chambre de garde de l'hôpital militaire d'Anvers, aperçut la pince à polypes courbes et pensa que cet instrument aurait pu maintenir la langue à volonté. Son opinion nous sourit ; toutefois nous eûmes soin de couvrir les dents d'un petit morceau d'emplâtre agglutinatif, et je peux dire que cet instrument a très-bien rempli le but qu'on s'était proposé, car j'ai été l'aide chargé de cette partie de l'opération.

2e *Procédé*. Il divise l'opération en deux temps, voici comment il s'y prend : la bouche étant largement ouverte, la langue est relevée fortement et portée en même temps en arrière par les doigts d'un aide. Alors le filet se prononçant autant que possible, il le détache complétement à son attache à l'os maxillaire, il détruit en même temps la membrane cellulo-fibreuse qui se trouve au-dessous. Alors il s'arrête si le bègue parle mieux et tout à fait bien, ce qui, dit-il, arrive quelquefois. Voila le premier temps.

S'il n'y a pas d'amélioration, il coupe les muscles génio-glosses, ce qui constitue le second temps.

M. Amussat recommande de bien méditer le premier temps, qui consiste à couper le filet.

Dans une modification apportée à son second procédé, M. Amussat, conseille, s'il n'y a pas d'amélioration dans la parole après l'exécution du premier temps, de couper la partie supérieure des glandes sublinguales. D'engager alors l'opéré à parler encore, et si les spectateurs ne sont pas satisfaits, de couper les génio-glosses.

Jusqu'aujourd'hui, personne ne comprend le but que se propose le chirurgien par la résection des glandes sublinguales.

CHAPITRE DEUXIÈME.

Opérations qui portent sur l'attache des muscles génio-glosses à l'apophyse géni.

1° PROCÉDÉ DE M. DELVIGNE (de Liége).

Le bègue, assis dans un fauteuil (1), la tête fixée par un aide, je maintiens la bouche ouverte par un bouchon, puis appliquant le pouce de la main gauche sur les premières dents molaires de droite de la mâchoire inférieure, je fixe l'index gauche contre le bord inférieur interne du même côté de la mâchoire, je saisis ensuite un bistouri droit, effilé, tranchant sur ses deux côtés, et le plonge dans la bouche à trois lignes du frein de la langue du côté droit en l'enfonçant jusqu'à ce que la pointe du bistouri se fasse sentir par l'index placé dans la mâchoire; la ponction faite j'agrandis l'incision de trois lignes du côté gauche; je dois faire observer que le bistouri doit raser la face interne de la mâchoire, pour que la section des muscles génio-glosses se fasse à leur insertion au tubercule de l'apophyse géni : l'incision en tout ne doit avoir que six lignes de largeur; aussitôt après la section des muscles la langue se porte un peu en arrière. La section se faisant avec bruit, l'opérateur, s'aperçoit très-bien quand elle est complète, et les malades parlent le lendemain avec facilité. Je n'ai encore vu aucun accident inflammatoire se déclarer.

2° PROCÉDÉ DE M. PETRÉQUIN.

Il fixe d'abord un bouchon entre les arcades dentaires. Après avoir reconnu avec le pouce gauche les apophyses géni-inférieures, et avec l'indicateur de la même main, les apophyses géni-supérieures, il enfonce à gauche et à deux lignes également du frein et du maxillaire, un bistouri à deux tranchants qui pénètre de cinq lignes dans la gaîne propre du génio-glosse, il engage ensuite dans l'ouverture un crochet mousse spécial, qui, par un mouvement de bascule, lui sert à embrasser et à tendre l'un et l'autre muscle, dont il coupe le tendon avec des ciseaux courbes sur le plat en rasant la face postérieure de la mâchoire. Ce crochet a une double courbure; la première réside à la pointe de l'instrument, qu'elle recourbe en crochet avec un bec proportionné à la largeur des deux faisceaux musculaires (environ 5 lignes); la seconde porte sur la tige de l'instrument, de manière à croiser la direction de la première, pour que, une fois en place, sa convexité regarde la concavité buccale, et que sa concavité toute antérieure, favorise le jeu de ciseaux entre elle et le corps de l'os.

(1) Je prends le texte de M. Delvigne.

L'opération, dit M. Petréquin, ne portant que sur l'expansion tendineuse des génio-glosses, enlève jusqu'aux chances d'hémorrhagie, provenant des artères nourricières du muscle, l'opération est peu douloureuse et est terminée en quelques secondes.

3° PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

Voici comment il procède à cette opération.

Il saisit la pointe de la langue avec la main gauche garnie d'un linge sec, il pratique alors avec une lancette, une ponction sur le côté droit de la racine du frein, très-près de la mâchoire inférieure, engageant ensuite par cette ouverture un ténotôme presque perpendiculairement à 3 centimètres de profondeur environ, il coupe en travers la totalité de la racine des muscles génio-glosses, sans agrandir l'incision de la membrane muqueuse. Pour être plus sûr encore de ce résultat, il enfonça un bistouri très-étroit obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, comme pour gagner l'os hyoïde, sur le côté du muscle génio-glosse épanoui, en longeant la face inférieure de la langue, pour couper de nouveau ce muscle en travers au-dessous des artères ranines.

Un écoulement de sang eut lieu, mais il s'arrêta bientôt de lui-même, et l'opéré ne souffrant plus, sortit de la Charité, quatre jours après l'opération. C'est cette opération que M. Velpeau communiqua le 16 février, à l'Académie de médecine.

4° PROCÉDÉ DE M. BAUDENS.

Voici comment M. Baudens procède à l'opération.

Un aide placé derrière le bègue lui soutient la tète légèrement renversée, il lui recommande d'ouvrir la bouche, et il place ses deux petits doigts dans la commissure des lèvres pour les tirer en arrière.

L'opérateur saisit une petite érigne, à un seul crochet, de la main gauche, l'implante dans la membrane muqueuse, sur la ligne médiane et au-dessus des tendons des muscles génio-glosses, afin de dessiner une corde médiane superposée à celle que forme la portion tendineuse de ces muscles. Il plonge en rasant la mâchoire inférieure, les lames entre ouvertes et bien effilées, d'une paire de ciseaux à staphyloraphie, à un pouce de profondeur, de manière à embrasser les tendons des muscles génio-glosses; puis, rapprochant brusquement les lames des ciseaux, on entend un claquement qui annonce que cette opération qui dure à peine quelques secondes, est terminée.

Les muscles génio-glosses privés d'attache fuient en arrière. En engageant le petit doigt par l'ouverture faite à la membrane muqueuse, on rencontre une excavation formée par le retrait de ces muscles, on peut alors très-bien sentir les apophyses génio-supérieures, et constater qu'il ne reste plus de fibres attachées à ces apophyses, sans quoi il faudrait les couper avec le bistouri boutonné.

On tamponne la cavité avec un morceau d'éponge roulé et trempé dans du vinaigre, et le sang cesse à l'instant de couler.

5° PROCÉDÉ DE M. BONNET (de Lyon) ou MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Il fait d'abord une piqûre avec une lancette sur la ligne médiane, à trois ou quatre centimètres en arrière du menton, à travers cette piqûre, il engage un ténotôme mousse, en le faisant pénétrer de haut en bas et un peu d'arrière en avant : son tranchant doit être dirigé contre la mâchoire, et lorsqu'il est parvenu jusqu'au-dessous de la muqueuse, ce que l'on reconnaît à l'aide du doigt indicateur gauche introduit dans la bouche, on cherche à sentir les apophyses géni, et l'on coupe à droite et à gauche de ces apophyses en portant toujours le tranchant du ténotôme contre la mâchoire inférieure, et n'agissant que sur la partie supérieure de la convexité que celle-ci présente en arrière sur la ligne moyenne : à l'aide de ces précautions, on ne coupe que l'insertion des muscles génio-glosses, et l'on évite les géni-hyoïdiens.

M. Colombat, de l'Isère, est venu réclamer la priorité de ce procédé opératoire, par la lettre suivante qu'il adressa à l'Académie des Sciences.

Monsieur le président,

« M. le docteur Bonnet ayant annoncé dans une lettre publiée dans plusieurs journaux de médecine, qu'il venait de pratiquer la section des génio-glosses sans intéresser la muqueuse qui recouvre ces muscles, veuillez s'il vous plait, faire savoir à l'Académie que j'ai eu l'idée d'une opération semblable, il y a plus de six semaines, et que le 19 dernier je l'ai mise en pratique avec un succès incomplet, en présence de M. Bouché, sur un jeune homme affecté de bégaiement choréique lingual.

» Quoique les instruments que j'ai imaginés pour opérer d'après cette méthode, figurent dans le dernier catalogue que M. Charrière a publié dans le mois de février dernier et qu'il a adressé à presque tous les chirurgiens de Paris et des départements; je suis loin d'accuser M. Bonnet de plagiat; mais je tiens à prouver d'une manière incontestable, que l'ingénieux chirurgien de Lyon n'est pas le premier qui ait eu l'idée de la section sous-cutanée ou plutôt sous-muqueuse des génio-glosses.

» S'il fallait d'autres preuves pour établir ma priorité, je m'appuierais non-seulement sur le témoignage d'un grand nombre de médecins et élèves qui suivent les conférences de M. Amussat, mais encore sur celui de plusieurs autres praticiens distingués, parmi lesquels sont MM. Deleau, Caffe, Pidoux, etc., etc., à qui j'avais parlé de la méthode en question, les 15, 16 et 23 février, c'est-à-dire avant et après l'opération. »

CHAPITRE TROISIÈME.

Opération qui porte sur le corps des muscles génio-glosses, avec excision d'une partie de ces muscles.

PROCÉDÉ DE M. LUCAS (de Londres).

Ayant divisé la muqueuse de la langue qui couvre les muscles génio-hyoglosses dans l'étendue d'un pouce, et disséqué soigneusement et largement le tissu cellulaire sous-muqueux, il a mis en évidence leurs bords antéro-inférieurs. A l'aide de deux incisions, il a divisé les deux muscles et enlevé une portion triangulaire de leur substance, dont la base correspond à la muqueuse, il a enlevé en même temps quelques autres portions de fibres qui lui ont semblé pouvoir s'opposer aux libres mouvements de la portion intérieure et du sommet de la langue en haut. Après que la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent ont été divisés, se sont présentées clairement plusieurs veines et une branche du nerf lingual, frisant le bord externe de chaque muscle. Aucune artère n'a été aperçue, cependant la proximité des ranines a obligé d'agir avec précaution.

Après avoir terminé la description des différents procédés que compte aujourd'hui la glossotomie, nous devons parler de trois opérations, qui ne peuvent trouver leur place dans l'une ni l'autre des deux méthodes que nous avons admises.

La première de ces trois opérations est de M. Velpeau; ce chirurgien ayant examiné un sujet qui bégayait excessivement, et ayant remarqué que sa langue était trop longue au point de pouvoir se relever jusqu'au lobule du nez , pratiqua l'opération suivante : lui ayant fait sortir la langue de la bouche, deux aides l'ont saisie, un de chaque côté, avec une pince à griffes, pendant qu'il accrochait lui-même la pointe avec une troisième pince. Tenant ainsi l'organe suffisamment tendu , il en enleva par trois coups de bistouri un V à base antérieure large de trois centimètres et long de quatre, en ménageant la membrane muqueuse qui tapisse la face inférieure de l'organe; puis il a réuni sur-le-champ la plaie à l'aide de trois points de suture, un en avant, un au-dessus et un au-dessous. Aucune ligature d'artères n'a été nécessaire.

La deuxième est aussi de M. Velpeau, et consiste à couper les piliers du voile du palais.

La troisième est de M. Jearley, de Londres, qui, attribuant le bégaiement à un empêchement apporté à la sortie de l'air lors de l'expiration, excisa les amygdales et la luette, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Londres.

Cette opération, ainsi que plusieurs autres, ont été, dit-on, suivies de succès.

SUITES DE L'OPÉRATION DE LA GLOSSOTOMIE.

Dans les cas heureux, toutes les suites de cette opération consistent dans l'écoulement d'une petite quantité de sang, que l'action de l'air, de l'eau froide ou vinaigrée, suffit pour arrêter, un léger gonflement des environs de la plaie et enfin l'achèvement complet de la cicatrisation vers le huitième ou dixième jour.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et l'on possède aujourd'hui quelques exemples où cette opération a été suivie de la mort.

Les accidents les plus fréquents après la section des muscles de la langue sont : *le gonflement, la syncope et l'hémorrhagie.*

Le *gonflement* dû à l'inflammation de la langue et des parties environnantes, peut quelquefois être porté au point de faire craindre l'asphyxie. On cite, en effet, un cas où à la suite de cette opération pratiquée sur un jeune homme, la langue a acquis un volume considérable; il s'est alors formé dans la paroi inférieure de la bouche un vaste clapier; pendant la nuit les symptômes sont devenus de plus en plus alarmants, et enfin on ne sait ce qu'est devenu cet opéré sur lequel règne le plus profond mystère.

La *syncope* arrive assez souvent pendant l'opération : l'émotion, la douleur et la vue du sang peuvent être la cause de cet accident. M. Amussat pense que le plus souvent il faut l'attribuer à ce que la respiration est un instant suspendue pendant l'opération, les malades étant obligés de tenir la bouche ouverte. Aussi il a pensé qu'en laissant respirer librement dans le cours de cette opération, il éviterait cet accident, et depuis ce temps, il n'a plus observé de syncope.

Je suis tout à fait de l'opinion de M. Amussat, car chez les trois bègues que j'ai vu opérer on a eu soin de les laisser respirer pendant l'opération, et aucun d'eux n'a éprouvé la moindre défaillance.

L'hémorrhagie est l'accident le plus fréquent et le plus redoutable que l'on observe à la suite de cette opération.

Les moyens qu'on a employés pour l'arrêter sont : l'eau à la glace, les styptiques, de petits morceaux de glace placés sous la langue, la compression dans la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau alumineuse et maintenus avec un instrument approprié; personne n'a eu recours à la ligature de l'artère linguale, qui me semblerait cependant indiquée, si les autres moyens étaient insuffisants.

Malgré l'emploi sagement dirigé de ces moyens, il est arrivé que l'on n'a pu s'en rendre maître, ce cas à la vérité est très-rare. Si M. Dieffenbach a perdu un de ses opérés, par suite d'hémorrhagie, cela ne doit être attribué qu'au procédé employé par ce chirurgien.

Une hémorrhagie peut aussi se déclarer quelquefois plusieurs jours après l'opération, mais en général on se rend assez facilement maître de cet accident, et M. Amussat dit avoir souvent eu à combattre des hémorrhagies assez fortes, et dont il a toujours triomphé, et il en était à son quatre-

vingt-cinquième opéré, lorsqu'il survint un abcès énorme sous le menton. Cet abcès fut ouvert, il en sortit du pus, des caillots sanguins, des hémorrhagies survinrent le huitième jour, le quinzième et le dix-huitième jour après l'opération, et le malade succomba le 17 mai, plutôt par suffocation, que par perte de sang.

Un exemple très-remarquable d'hémorrhagie consécutive à la suite de l'opération du bégaiement, a été rapporté dans la Gazette des hôpitaux n° du 17 avril, par M. Guersent fils, ce cas très-intéressant, indiquant la conduite qu'aurait à tenir le chirurgien en pareil cas, je vais le rapporter textuellement.

« L'enfant que nous avons opéré ici, devant vous, dit M. Guersent, et à l'occasion duquel nous sommes entré dans les quelques considérations qui précèdent, a son père et un frère également bègues. Il est d'une bonne constitution ; mais une circonstance qui nous était malheureusement inconnue avant l'opération, c'est qu'il est éminemment sujet aux hémorrhagies spontanées, essentielles en quelque sorte. A plusieurs reprises il a eu des épistaxis alarmants que l'on n'est parvenu à arrêter qu'avec peine ; d'autres hémorrhagies également graves ont eu lieu à différentes époques par la bouche. Ce n'est pas tout, et il paraîtrait qu'en outre notre petit opéré a eu la dysenterie et a rendu plus d'une fois du sang avec les selles. Disons enfin qu'ici à l'hôpital, quelques jours avant l'opération, il a eu une hémorrhagie que l'on a eu beaucoup de peine à arrêter, à la suite de l'extraction d'une dent. Évidemment, il existe chez ce sujet une diarrhée hémorrhagique qui ne nous fût pas restée inconnue si nous nous étions informé des antécédents qui sont arrivés trop tard à notre connaissance. Il est vrai de dire cependant que cette circonstance ne nous eût probablement pas détournée de l'opération, tellement nous étions pénétré de son innocuité, de sa bénignité.

» Au moment de l'opération, il s'écoula un demi-verre de sang environ. Le lendemain (vendredi), il survint une hémorrhagie abondante que l'on parvint à arrêter avec des bourdonnets de charpie imbibés d'une dissolution d'alun employés comme tamponnement. Le surlendemain (samedi), une nouvelle hémorrhagie eut lieu, moins abondante que la précédente, et que l'on arrêta de la même manière. Le dimanche, l'écoulement du sang ne se renouvela point, et l'on persista dans l'emploi des lotions froides et de la glace, dont on introduisit des fragments dans la bouche du malade.

» Le lundi matin, l'hémorrhagie reparut plus intense que jamais : on évalue approximativement à deux livres la quantité de sang qui s'est écoulée. A notre arrivée à l'hôpital, quoique l'hémorrhagie touchât à sa fin, nous nous hâtâmes cependant d'employer le fer rouge, qui fut porté sur toute l'étendue de la plaie pratiquée au frein de la langue. Nous avions d'ailleurs grande confiance dans les effets du cautère actuel, qui nous avait constamment réussi dans les cas d'hémorrhagie que nous avions eu à combattre après différentes opérations pratiquées par nous, soit en ville, soit à l'hôpital, à la suite desquelles cet accident était survenu.

» Après la visite et la consultation, nous remontâmes à la salle Saint-Côme pour revoir le malade : le sang n'avait pas cessé de couler, et nous fîmes une nouvelle application du fer rouge.

» Vingt-quatre heures se passèrent sans hémorrhagie ; puis le lendemain (mardi matin), le sang coula de nouveau, le fer rouge fût de nouveau appliqué, et, chose remarquable, pendant cette opération le sang paraissait jaillir sur les côtés du cautère avec plus de violence. Il fallut renouveler la cautérisation sept fois, et encore le sang continua-t-il à suinter. Nous essayâmes de combattre ce suintement sanguin par l'application de boulettes de charpie imbibées d'une dissolution d'alun soutenues avec une légère compression.

» Le mercredi, il n'y eut pas d'hémorrhagie dans la journée ; le soir, un léger suintement sanguin eut lieu, qui persistait encore le jeudi matin. A cette époque, le petit malade était pâle ; mais le pouls, qui battait 120 fois par minute, n'était pas extrêmement faible. On persista dans l'emploi de la compression ; mais l'état du petit malade continuant à nous inspirer la plus vive inquiétude, afin d'être mieux fixé sur le choix des moyens ultérieurs si l'hémorrhagie prenait de nouveau un caractère sérieux, nous crûmes devoir nous éclairer des lumières de notre confrère de l'hôpital Necker, M. A. Bérard, qui se rendit près du malade pour nous aider de ses conseils.

» Ce fait, ajoute en terminant M. Guersent, doit être d'un grand enseignement pour tout le monde, et nous n'épargnerons rien pour qu'il obtienne toute la publicité qu'il mérite. L'intérêt de l'humanité devant être, en effet, le premier mobile de nos actions, notre devoir dans cette conjoncture était de rendre ce fait aussi public que possible, quels que soient d'autre part les mécomptes que les charlatants peuvent y trouver. Si les succès que l'on proclame si haut engagent trop facilement les sujets à se faire opérer, ceux-ci trouveront un frein salutaire à leurs désirs en apprenant d'autre part que l'opération peut être suivie d'accidents graves.

» Pour ce qui est de l'hémorrhagie, elle était arrêtée au moment de la consultation (jeudi matin à dix heures). Un caillot volumineux recouvrait la plaie ; l'écoulement de la salive, qui entraînait la partie colorante du sang après l'avoir dissoute, aurait pu faire croire à un écoulement sanguin, qui n'existait réellement pas.

» Il fut dès-lors convenu que l'on ne troucherait pas au caillot existant, premier moyen employé par la nature pour tarir l'écoulement du sang. On s'opposerait pour lors, autant que possible, au retour de l'hémorrhagie en exposant le malade à un courant d'air frais, plutôt que d'employer la glace, qui occasionne toujours une réaction, laquelle pourrait être suivie de nouveau du *molimen hemorrhagicum*. Enfin, treizejours après M. Guersent fils, publia dans le même journal les suites de cette opération.

Écoutons le parler.

» Nous nous sommes trop hâté en vous annonçant jeudi dernier la cessation complète de l'hémorrhagie qui était survenue chez le petit malade couché au n° 17 de la salle Saint-Côme, que nous avons soumis il y a quinze jours à la section des muscles génio-glosses, dans l'espoir de le débarrasser du bégaiement dont il était atteint. Il serait superflu de revenir de nouveau sur tous les points de son histoire, nous rappellerons seulement la funeste tendance du sujet aux hémorrhagies, les difficultés que nous avions rencontrées pour arrêter l'écoulement du sang, qui n'avait

cédé qu'au huitième jour, et l'état anémique auquel le petit malade s'était trouvé réduit par suite de la grande quantité de sang qu'il avait perdue.

» Au neuvième jour de l'opération, c'est-à-dire vendredi dernier, le sang recommença à couler, lorsque déjà tout paraissait annoncer qu'un pareil accident ne se reproduirait plus : l'hémorrhagie fut peu abondante, et céda aux lotions répétées faites avec l'eau hémostatique de Brocchieri, une sorte de tamponnement fut pratiqué avec des bourdonnets de charpie, que l'on arrosait à des intervalles très-rapprochés avec la même eau.

» Samedi, l'hémorrhagie reparut encore, de même que mardi et le mercredi, peu abondante, on parvint toujours à l'arrêter, soit avec la poudre d'alun, soit avec l'eau de Brocchieri, soit avec l'eau froide seulement. Mais toutes ces hémorrhagies successives, quoique peu copieuses considérées séparement, n'en ont pas moins jeté le petit malade dans un état anémique très-alarment. Ajoutons que la dernière hémorrhagie, celle du mercredi, à été plus abondante que celles du mardi et dù dimanche, ce qui n'est rien moins que rassurant pour l'avenir.

» Le pouls bat 88 fois par minute; le petit patient est extrêmement malade; la peau est exsangue; la surface du corps présente la coloration propre à l'anémie la plus confirmée. Qu'avions-nous à faire pour le présent? relever les forces du malade était la première indication; dans ce but, nous avons prescrit le quinquina, quelques petites doses de vin de bagnols, du bouillon par la bouche et en lavement. Pour peu que l'état du malade nous le permette, nous aurons recours au plutôt aux préparations ferrugineuses pour augmenter la plasticité du sang.

» Quant à l'état de la bouche, nous n'avons rien de particulier à vous signaler, si ce n'est que quelques petites eschares ne sont pas encore tombées.

» Si l'hémorrhagie venait encore à reparaître, chose malheureusement trop probable, que nous resterait-il à faire? évidemment la cautérisation avec le fer rouge cesse d'être indiquée, car la chute des eschares qui arriverait ultérieurement préparerait de nouvelles hémorrhagies. Il nous reste donc, comme dernière ressource, d'essayer les compresseurs imaginés, dans ce but par M. Martin d'une part et par M. Charrière de l'autre.

Enfin, trois semaines après, M. Guersent fils, fit une dernière leçon sur cet opéré. Voici ce qu'il dit :

» L'hémorrhagie n'a plus reparu chez notre petit malade qui a subi l'opération du bégaiement. Il est aujourd'hui dans de bonnes conditions, et son état s'améliore tous les jours sous l'influence d'une bonne nourriture jointe aux préparations ferrugineuses. Toutes nos craintes ont donc heureusement disparues. »

APPRÉCIATIONS DES MÉTHODES ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES POUR LA CURE DU BÉGAIEMENT PAR LA MYOTOMIE.

En pratiquant la myotomie sur toute la musculature linguale, M. Dieffenbach a été conséquent avec lui-même, car persuadé que le bégaiement

était dû à une inervation vicieuse de la langue, il devait avoir recours à une opération qui avait pour résultat de modifier sa vitalité, s'il voulait en obtenir la guérison.

Mais je n'admets pas pour cela les opérations de ce chirurgien, et tout en reconnaissant que la glossotomie telle qu'il la pratique, pourrait être utile dans le psellisme du à un vice de l'innervation de la langue ou à la brièveté du tissu charnu des muscles hyo-glosses, ou autres dispositions vicieuses que j'ai indiquées dans mon premier article sur ce sujet, je pense qu'elles ne peuvent rester dans la chirurgie, parce que les accidents auxquels elles exposent sont trop graves, au point qu'on peut dire ici que le remède est pire que le mal.

Quand à la méthode de M. Velpeau par la ligature, elle doit aussi être rejetée, parce qu'il est certain qu'à la suite d'une telle opération, il doit rester une langue tellement difforme et roide, qu'elle sera tout à fait impropre à remplir ses fonctions, ce qui du reste nous fait croire que ce chirurgien n'a obtenu aucun succès de ce procédé, c'est qu'il n'en a pas fait connaître le résultat définitif.

Les opérations qui portent sur le corps des muscles génio-glosses, exposent à beaucoup moins de dangers, et avec des connaissances anatomiques et un peu d'habitude chirurgicale, on est presque certain d'éviter l'hémorrhagie, qui n'est arrivée à M. Amussat, qu'une seule fois sur 85 opérations. Parmi les procédés qui composent cette méthode, on trouve d'abord celui de M. Velpeau, qui ne donne qu'un écoulement de sang peu considérable, mais il est difficile en le suivant de couper entièrement le muscle, aussi il ne procure qu'une amélioration et non la disparition complète du bégaiement.

Ce que je viens de dire du procédé de M. Velpeau, s'applique aux procédés de M. Amussat.

Vient ensuite le procédé de M. Phillips, que l'on fera bien de ne jamais employer; pour s'en convaincre, écoutons ce chirurgien le juger lui-même : « Mon opération est dangereuse à exécuter; on peut très-facilement ouvrir les artères ranines, et un accident aussi redoutable que le précédent peut aussi avoir lieu, c'est le renversement de la langue sur la glotte : l'opéré peut ainsi être exposé à périr par asphyxie. Je n'ai jusqu'à ce jour, eu aucun de ces malheurs à déplorer; mais il suffit d'en avoir vu la possibilité pour ne pas hésiter à en prévenir les opérateurs. » L'hémorrhagie qui suit cette opération est de longue durée, et j'ai eu de vives inquiétudes après avoir opéré un jeune homme à Liége. La section des muscles fut faite à 11 heures du matin; à 8 heures du soir le sang jaillissait encore comme par la lumière d'une artère ouverte. »

On voit donc que la myotomie qui porte sur le corps des muscles génio-glosses, ou est dangereuse, ou ne donne qu'un résultat incomplet; mais il n'en est pas de même de celle qui porte sur l'attache de ces muscles à l'apophyse géni : La rapidité de l'exécution, la certitude d'avoir tout coupé, et le peu d'accidents qui s'en suivent, nous la font adopter et en feront dire autant de tous les opérateurs prudents.

MM. Delvigne de Liége, Petréquin, Velpeau et Baudens, sont les chirurgiens qui se sont occupés de cette opération.

Les procédés de M. Velpeau et M. Baudens sont ceux auxquels je donne la préférence ; d'abord, parce que le procédé de M. Delvigne demande beaucoup d'adresse et expose à la lésion d'artères assez importantes, et ensuite parce que le procédé de M. Petréquin, quoique donnant assez de *précision*, est beaucoup plus difficile que ceux des deux chirurgiens de Paris.

Le procédé de M. Baudens, qui n'est qu'une modification de celui de M. Velpeau, me paraît devoir être préféré, parce que la manipulation des ciseaux coudés, qu'il a substitués au ténotôme, est beaucoup plus facile et plus sûre.

Dans aucun cas, M. Lucas de Londres, n'a eu à combattre d'hémorrhagie en employant son opération que nous avons décrite, ce qu'il attribue au soin minutieux, qu'il a mis d'éviter les veines et les artères qui se présentent sur les parties latérales des deux muscles. Quoiqu'il en soit, je ne conseillerai jamais d'employer ce procédé, d'abord, parce que la simple section des génio-glosses suffit pour donner une plus grande liberté à la langue, et que l'excision d'une partie de ces muscles est tout à fait superflue, et ensuite parce que cette excision expose beaucoup plus à l'hémorrhagie que la simple incision.

De tous les procédés que l'on a inventés, celui auquel je ne balance pas de donner la préférence est de M. Bonnet (de Lyon), la section sous-cutanée des génio-glosses, à leur insertion à l'apophyse géni. Par cette simple opération en effet, on détache entièrement ces muscles de leur insertion à l'apophyse géni, et l'on évite le gonflement de la langue et des parties voisines, l'hémorrhagie et la suppuration de la plaie, avantages incontestables et qui ne se retrouvent dans aucun des procédés précédemment indiqués.

Quand aux deux procédés de M. Velpeau, dont l'un consiste dans l'excision d'un morceau triangulaire de la pointe de la langue et l'autre dans la section des piliers du voile du palais, nous devons dire que ces opérations n'ont produit aucun résultat et sont abandonnés par cet auteur.

La méthode de Jearsley (de Londres), qui consiste, comme nous l'avons dit, à couper les amygdales et la luette, a dit-on donné de beaux résultats; pour mon compte, cette opération ne me paraît pouvoir être suivie de succès que dans un seul cas, c'est celui où le psellisme ne porte que sur certaines gutturales (que, gue), où l'isthme du gosier paraît être la partie de l'appareil phonateur qui agit principalement pour leur production.

Je vais maintenant résumer en quelques mots le contenu de cet article et du précédent :

1° La glossotomie est loin de procurer toujours la guérison du bégaiement.

2° Quand le bégaiement est dû à une inervation vicieuse de la langue, et quand il est dû à la brièveté du tissu charnu des muscles hyo-glosses ou autres dispositions analogues, la myotomie ne pourra être employée, parce que dans ces cas, elle devrait porter sur toute la musculature linguale, opération qui est toujours suivie d'accidents très-graves.

3° Cette opération ne doit donc rester dans la chirurgie, que pour le cas où le bégaiement est dû à la brièveté du tissu charnu des muscles génio-glosses ; cause d'environ 1/2 des psellismes. Disposition que l'on reconnaîtra, de la manière que j'ai indiquée dans mon premier article.

4° Lorsque l'on est décidé à pratiquer cette opération le choix du procédé n'est pas de peu d'importance, puisqu'il décide souvent du succès ou de l'insuccès.

5° Nous conseillerons toujours les opérations qui portent sur l'attache des muscles génio-glosses à l'apophyse géni et principalement la méthode sous-cutanée.

Voilà, messieurs, ce que j'avais à vous dire sur l'opération de la glossotomie; je m'estimerais heureux, si comme je le pense, il en résulte quelqu'avantage pour la Science; c'est le seul but auquel j'ai visé, bien convaincu du précepte suivant, cité par Hufeland, dans son traité des scrofules :

NISI UTILE EST, QUOD AGIMUS, VANA EST GLORIA NOSTRA.

Anvers, le 15 juillet 1841.

Je crois utile d'ajouter à cette notice sur la myotomie appliquée au bégaiement, une liste des principaux instruments qui ont été employés pour pratiquer cette opération.

1° Une paire de ciseaux coudés sur le plat, de M. Amussat.
2° » courbes sur le côté, de M. Baudens.
3° » à lames verticales, de M. Colombat, de l'Isère.
4° » à angles droits, du même auteur.
5° Un crochet mousse, de M. Jobert de Lomballe.
6° » de M. Phillips.
7° » de M. Petréquin.
8° » à double courbure, du même auteur.
9° » coudé et tranchant, de M. Doubovitozi.
10° Double crochet, de M. Dieffenbach.
11° Bistouri à double tranchant, de M. Delvigne.
12° » de M. Velpeau.
13° » à double courbure, de M. Baudens.
14° » à crochet, de M. Boinet.
15° » concave à crochet, de M. Phillips.
16° » coudé, de M. Amussat.
17° » courbe, de M. Dieffenbach.
18° Érigne doublement coudée, de M. Baudens.
19° Pince à dents aigues, de M. Dieffenbach.
20° Érigne coudée, de M. Phillips.
21° Pince à râpe, pour tenir les aiguilles.
22° Pinces à greffes, de différents modèles.
23° Deux pinces à mors recourbés, de M. Colombat, de l'Isère.
24° Myotôme mousse, de M. Bonnet, de Lyon.
25° Myotôme, de M. Velpeau.
26° Myotôme et perforateur, pour la section sous-muqueuse, de M. Colombat, de l'Isère.
27° Sécateur de la muqueuse pour le premier temps de l'opération, de M. Colombat, de l'Isère.

28° Pince à ressort pour tenir les mâchoires écartées, de M. Charrière.
29° Glosso-lobe, pour saisir la langue et la maintenir hors de la cavité buccale, de M. Colombat, de l'Isère.
30° Refoule-langue, du même auteur.
31° Couteau à rondache, pour diviser la muqueuse linguale, du même auteur.
32° Compresseur, pour arrêter l'hémorrhagie, de M. Martin.
33° Compresseur, pour arrêter l'hémorrhagie, de M. Charrière.
34° Pièces à polypes courbes.
35° Aiguilles courbes, de M. Dieffenbach.
36° Lancettes.
37° Speculum-oris.

Cette liste, comme on le voit, comprend plusieurs modèles d'instruments du même genre, il reste donc au chirurgien à faire son choix, pour composer une boîte, d'après le procédé opératoire qu'il aura choisi.

Anvers, le 15 juillet 1841.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

Monsieur Zoude vient de vous présenter un second mémoire sur l'opération du bégaiement, dans lequel il vous retrace nettement l'histoire de cette opération, la part qui revient à chacun des opérateurs, qui l'on successivement mise en pratique, et leurs titres à la priorité tant pour l'idée de l'exécution, que pour l'exécution elle-même. Il vous fait ensuite une excellente description de tous les procédés, qui ont été successivement essayés pour faire cette opération, et les modifications diverses que l'expérience leur a fait subir si rapidement. Il donne ensuite l'appréciation de tous ces procédés et il termine son mémoire en indiquant les suites de l'opération du psellisme, dans les cas heureux comme dans les cas malheureux. Enfin il ajoute comme complément de son travail le tableau des nombreux instruments, qui ont été imaginés pour exécuter tous les procédés dont il donne la description. Nous avons lu messieurs, le travail de notre honorable membre avec beaucoup d'intérêt et nous croyons qu'il mérite d'être imprimé, parce qu'il résume tout ce qui a été écrit sur cette opération, qui a fait beaucoup plus de bruit, qu'elle ne présente d'utilité, parce qu'il démontre par

(1) MM. Michiels et Van Camp, *commissaires*, J. Coyen, *rapporteur*.

l'analyse exacte et impartiale des faits, que la section des muscles de la langue n'est pas toujours si innocente, que ceux qui la préconisent, veulent nous le faire croire, et que de cette manière la lecture attentive du mémoire de M. Zoude peut arrêter le zèle de ceux qui ont été trop enthousiasmés pour la ténotomie, par le vain éclat qu'on a fait de ces opérations, et diminuer l'empressement de ceux qui, voudraient trop légèrement s'y soumettre. Car, messieurs, nous avons cette conviction profonde, que pour tout ce qui regarde les prétendus progrès de la chirurgie moderne, l'on doit se mettre en garde de les accueillir trop facilement, et ne point perdre de vue, que l'insatiable désir de briller, fait souvent que l'homme travaille presqu'uniquement pour sa propre gloire quand il semble tout faire pour la Science.

Société de médecine pratique de la province d'Anvers, établie à Willebroeck.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS

PENDANT LE COURANT DE L'ANNÉE 1840-1841,

FAIT DANS LA SÉANCE GÉNÉRALE DU 12 JUILLET 1841.

Par le docteur H. VAN BERCHEM,

Président de la Société, membre correspondant de la Société Royale des Sciences, Lettres et Arts à Anvers, des Sociétés médicales de Bruxelles, Gand, Anvers, Bruges, Malines, Toulouse, etc.

Messieurs et estimables collégues!

Fondée dans le courant de l'année 1835, votre Société n'a pas cessé un instant de marcher, dans les limites de son institution, vers le but qu'elle s'était proposé d'atteindre; je veux dire, l'harmonie entre ses membres, leur instruction mutuelle, et le perfectionnement de l'art de guérir (1). Si le zèle et l'ardeur qui ont présidé à la création de votre association avaient été susceptibles d'accroissement, il est certain qu'un but aussi noble que celui qui vient de vous être exposé devait être de nature à les stimuler puissamment; c'est ce que vous avez senti dès le principe et ce qui a été cause que ce zèle ne s'est jamais ralenti, comme le prouve le résumé des travaux de l'année écoulée que je vais avoir l'honneur de vous présenter, ainsi que l'obligation m'en est imposée par l'article 33 de votre règlement.

Pour remplir cette tache deux voies me sont ouvertes : dans l'une je puis me diriger d'après les principales grandes divisions admises dans notre art, dans l'autre, d'après l'ordre des dates à laquelle vous sont parvenus les travaux qui vous ont été soumis : la première de ces deux méthodes serait la plus naturelle si réunissant à la fois toutes les parties de l'art médical, votre Société avait pu se procurer dans le plat-pays tous les éléments propres à lui donner une pareille extension; mais dans l'impossibilité de réaliser un pareil projet, vous vous êtes bornés à la *pratique* seule de votre art; ce que démontre suffisamment le titre même de votre Société, désignée sous

(1) § 2 du réglement de la Société.

le nom de *Société de médecine pratique ;* n'ayant par conséquent à vous soumette d'autre analyse que celle de faits relatifs, au moins pour la plus grande partie, à la *pratique* de votre art, j'ai cru qu'il serait plus convenable de suivre dans mon rapport l'ordre de vos séances. C'est d'après ces vues que je vais avoir l'honneur de vous exposer le résumé des travaux qui vous ont successivement occupés depuis votre dernière réunion générale; je vous prie de m'accorder à cet effet votre bienveillante attention.

FIÈVRES TYPHOIDES.

Quelques praticiens parmi vous, et spécialement, ceux exerçant leur profession dans des localités plus ou moins rapprochées de cette commune, ont eu à traiter, depuis quelques mois, des affections présentant certaines anomalies dans leur marche, mais se rapprochant cependant visiblement de la nomenclature par trop nombreuse des affections typhoïdes : la même chose s'est présentée dans ma pratique, et c'est ce qui m'a suggeré les réflexions que je vous ai présentées et dont je vais avoir l'honneur de vous retracer succinctement l'analyse. Je ne me suis pas attaché dans ce travail à vous rapporter une à une les observations des différents cas que j'avais eu occasion de rencontrer, mais je me suis borné à vous en communiquer les circonstances les plus extraordinaires et les plus importantes, et celles que j'ai cru les plus dignes de fixer votre attention, enfin je vous ai fait l'exposé sommaire des faits insolites que j'y ai rencontrés. « La maladie offre d'abord, vous disais-je, » une série de symptômes propres aux lésions des organes abdominaux, de » la respiration et du cerveau; c'est ainsi que l'on observe inappétence, soif » plus vive, diarrhée ou constipation, dyspnée, légère toux, sous-délire » tranquille, etc., du reste langue large, pâle, humide, pouls peu fébrile, » réaction faible, rougeur de la face plus ou moins vive, augmentant par » moments, disparaissant quelquefois totalement : ces symptômes et d'au- » tres de la même nature, sont parfois rémittents d'une manière irrégulière, » mais ne laissent jamais d'intermittence franchement caractérisée. A cette » série de symptômes viennent s'en joindre quelques autres d'un autre » ordre, je veux parler des symptômes propres aux affections typhoïdes; » et l'on voit survenir un état de stupeur, une apathie générale, un délire, » quelquefois une loquacité assez prononcée; cependant ces symptômes » sont loin d'être aussi tranchés que dans les véritables fièvres typhoïdes, » et la langue d'ordinaire noire, fuligineuse, sèche, âpre dans ces dernières » affections, reste au contraire ici, pendant tout le cours de la maladie, » pâle, large, humide, légèrement chargée d'un enduit blanchâtre tirant » sur le jaune; il n'existe pas de vomissements, pas de météorisme du ven- » tre, pas de hoquet; la peau n'est point âcre, brûlante, comme dans le » typhus. » De cette description de symptômes, que je n'ai pas jugé à propos d'étendre ni de préciser davantage parce que je la soumettais à des confrères, qui tous les avaient rencontrés comme moi; j'ai conclu que cette affection ne constituait pas une maladie inflammatoire proprement dite, que ce n'était pas non plus une fièvre intermittente, et que c'était encore moins une fièvre typhoïde franchement caractérisée, mais qu'il s'agissait

d'une maladie qui tenait à la fois de ces trois affections, ce qui me paraissait confirmer une opinion que j'ai eu l'honneur de vous faire connaître antérieurement, à savoir que les affections typhoïdes ne sont que des maladies *parasites* qui s'entent sur une infinité d'autres maladies.

Passant ensuite au traitement de la maladie, je vous ai exposé que le traitement a varié d'individu à individu, en raison de la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes, et qu'ainsi les antiphlogistiques et les déplétions sanguines ont été administrées lorsque les symptômes inflammatoires constituaient l'essence principale de la maladie, les cinchonins lorsque l'intermittence étaient assez prononcée; les sinapismes et autres révulsifs lorsque le cerveau était congestionné; les légers purgatifs lorsqu'une torpeur des intestins mettait obstacle à la défécation; la digitale lorsque l'action du cœur et des gros troncs artériels était trop exaltée; la thridace et les opiacés lorsque les organes de la respiration étaient surexcités, bien entendu après l'usage préalable, dans ces derniers cas, des déplétions sanguines générales et locales.

Après cela je me suis demandé de quelle nature pouvait être l'affection qui avait fait le sujet de mes réflexions, et je me suis dit qu'il m'importait peu de connaître à quelle classe, quel ordre, quel genre, les nosologistes auraient pu la rapporter, et que tout ce qui importait en pareille circonstance, au médecin vraiment *praticien* était de s'en rapporter à la maxime de Stoll « *Indicatione incertâ in generalibus sta,* » et de s'attacher à savoir quels sont les organes malades, quel est leur mode d'état pathologique et quels sont les moyens que l'expérience lui a démontré être les plus utiles dans des cas analogues, faisant ainsi la *médecine d'observation,* décorée de nos jours d'*Hippocratisme moderne,* méthode d'agir parvenue à nous de l'époque d'Hippocrate et qui me paraît être la seule conforme à la saine raison.

RAPPORT.

Dans un rapport que votre collègue, M. Boonaerts, pratiquant à Thisselt, vous a présenté sur ces réflexions, il s'est surtout attaché à vous faire voir quelle est l'idée précise que l'on attache et quelle double acception l'on donne au mot de *constitution atmosphérique;* il a cité à cet égard l'opinion de M. Roche, et de là il a passé au rapport direct de mon travail par la digression suivante : « Le développement d'une constitution médicale,
» a-t-il dit, se manifeste plutôt dans ses effets que dans ses causes; n'est-ce
» pas ainsi que dans les localités où l'épidémie de choléra s'est manifestée,
» on l'a vu marquer de son sceau presque toutes les affections existantes;
» cette affection n'était autre que la cholérine qui préluda à l'invasion du
» choléra; de même ne devrions-nous pas croire qu'en restant sous l'in-
» fluence des mêmes causes, les affections mentionnées dans ce mémoire,
» devraient nécessairement amener les mêmes résultats, et préluder à la
» détermination d'affections typhoïdes plus graves. »

Abordant ensuite le traitement de la maladie M. Boonaerts, a analysé celui que j'ai institué et a terminé son travail par des conclusions favora-

bles à ma manière d'envisager et de traiter les affections dont je m'étais occupé.

ASSASSINAT.

J'ai maintenant à vous entretenir d'une relation médico-légale terrible dans ses causes puisqu'elle a été provoquée par un horrible assassinat ; triste et pénible dans ses détails et son instruction, la vie ou la mort de deux individus pouvant en être la conséquence ; et affreuse dans ses résultats qui ont eu pour effet d'entraîner la mort de ces deux mêmes individus.

Ce rapport médico-légale qui porte la signature de M. Verelst et Peutermans, vous a été soumis par le premier de ces membres, docteur-médecin à Boom.

Après l'introduction d'usage, le rapport vous a fait connaître ce qui suit :
« En entrant dans la maison de la veuve Toen nous avons trouvé le cadavre
» d'une femme d'environ soixante ans devant le foyer, baigné dans une
» quantité de sang ; la partie postérieure de la tête et du corps tournée
» vers la porte d'entrée, la face couchée sur la joue droite, la poitrine sur
» le bras droit et le côté latéral du tronc ; le ventre sur le même côté
» latéral droit ; les parties antérieures du bassin et des extrémités infé-
» rieures appliquées sur le sol ; les jambes écartées et dans une demi-
» flexion ; les bras sémi-fléchis ; la face dorsale des deux mains ensanglan-
» tées appliquée sur le plancher ; une coëffe de coton rouge imbibée de
» sang à côté de la tête ; à environ 4 pieds de la tête un chapeau de paille
» qui offrait des plaques parsemées de sang ; sur la table à 3 à 4 pieds du
» sommet du corps un couteau ensanglanté.

» La jaquette en drap bleu offrait à la partie correspondante au dos
» deux traces de terre, résultant probablement de l'application de la partie
» inférieure de la chaussure ; le mouchoir de coton blanc et celui
» de linge blanc qui entourraient le cou présentaient du côté gauche une
» incision le premier de 1 à 1 1/2 pouce de long, le second de 1/2 pouce ;
» ces incisions se correspondaient ; les franges étaient dirigées en dedans. »

Passant ensuite à l'examen anatomique du cadavre le rapport s'exprimait de la manière suivante :

« L'examen du cadavre nous fit découvrir :

» 1° Au milieu du cou une blessure transversale obliquement dirigée de
» haut en bas et de gauche à droite d'une étendue de 6 pouces, en comp-
» tant de quelques lignes au-délà du muscle sterno-cléido-mastoïdien
» gauche jusqu'au devant du même muscle du côté droit.

» 2° Trois échancrures à l'angle de la plaie du côté gauche et deux à
» l'angle du côté droit.

» 3° Les bords de la plaie rétractés.

» Dans cette plaie se trouvaient divisés :

» A. La peau du cou.

» B. Les muscles peaucier et le sterno-cléïdo-mastoïdien gauches, l'omo-
» plat-hyoïdien, le sterno-hyoïdien, le sterno-thyroïdien, le long du cou,
» et le grand droit antérieur de la tête du côté gauche.

» C. L'artère carotide primitive gauche, l'artère thyroïdienne inférieure » du même côté.

» D. La trachée-artère et le pharynx.

» E. Les veines jugulaires internes gauches dont la tunique cellulaire » offrait une infiltration de sang.

» F. Le nerf pneumo-gastrique et les ganglions cervicaux du même côté.

» 4° Le dos de la main droite offrait à sa partie moyenne une contusion » de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

» 5° Le couteau comparé à la plaie de la victime nous a convaincu » qu'il a pu servir à commettre le crime. »

De ces faits dont je n'aurais pu vous donner une analyse sans les tronquer et que pour ces motifs j'ai transcris ici textuellement, le rapport concluait :

1° Que la blessure essentiellement mortelle avait été faite pendant la vie.

2° Que plusieurs incisions avaient eu lieu, et qu'elles avaient été dirigées de gauche à droite.

3° Que des violences avaient été exercées sur la victime.

4° Que la mort avait été produite par une main homicide.

5° Que la victime avait dû succomber à ses blessures essentiellement mortelles en peu de temps.

A cette pièce médico-légale, votre collègue M. Verelst a joint une série de 36 questions qui lui ont été faites par le président de la cour d'assises relativement à cette horrible affaire. Je regrette que les bornes de mon travail ne me permettent pas de vous les rappeller toutes ici, je vous rapporterai sommairement les principales : c'est ainsi que votre secrétaire M. Verelst a eu occasion d'exposer devant la cour d'assises :

1° Que le crime avait pu être commis par un seul individu, mais que tout portait à croire que dans l'espèce il avait été perpétré par deux personnes, ce qu'il inférait de la position du cadavre, des empreintes de terre trouvées au dos de la victime, du peu d'étendue qu'occupait le sang autour de son corps, et de l'absence du sang aux vêtements non correspondants à l'endroit de la plaie.

2° Que l'assassin avait accompli son crime de la main droite, se trouvant par derrière au sommet de la tête de la victime, en fixant sa tête par les cheveux.

3° Qu'une pression avait été exercée sur le dos de la victime par la plante du pied d'un des assassins, lorsqu'elle était étendue par terre.

4° Que l'assassin avait reçu les égratignures qu'il porte à la face dans le moment où il voulait fixer les extrémités de la victime, et que les égratignures avaient été faites de la main gauche.

5° Que l'on ne saurait admettre que la victime se trouvait en syncope pendant qu'un seul individu l'assassinait parce que celle-ci aurait cessé à la première incision.

6° Qu'aucuns faits ne sont à la connaissance de M. Verelst qui démontreraient qu'un assassinat aurait été commis dans un état permanent de syncope.

Le résultat de cette cause fut la condamnation à mort des deux accusés :

le premier fut exécuté à Anvers et le second obtint une commutation de sa peine en celle des travaux forcés à perpétuité.

RAPPORT.

C'est moi, messieurs, que vous avez chargé du soin de vous faire un rapport sur cet horrible forfait.

J'ai commencé par vous faire voir l'impossibilité de donner, dans une simple analyse une idée complète du rapport adressé à l'autorité judiciaire par votre collègue de Boom, ce rapport n'étant lui-même qu'une analyse des faits observés sur le cadavre de la femme qui en fait le sujet, et ne contenant d'ailleurs aucun mot inutile : jai ajouté que je me serais borné pour ces motifs, à vous communiquer quelques réflexions sommaires sur les principaux faits médico-légaux soulevés dans le rapport de votre secrétaire, et j'ai à cet effet examiné les six questions suivantes :

QUESTION I. — *La mort est-elle dans l'espèce le résultat de la section des parties divisées ?*

Je vous ai exposé la coïncidence des diverses causes requises pour donner une solution affirmative à cette question ; ainsi, vous ai-je dit :

a.) Il faut qu'il soit prouvé que la victime n'était atteinte d'aucune maladie qui ait pu provoquer une mort instantanée, et pour cela il faut que le cadavre ne présente aucune trace de rupture d'anévrysme, d'apoplexie cérébrale ou pulmonaire, d'épanchement dans les cavités splanchniques, ou d'aucune autre affection grave instantanément mortelle.

b.) Il faut nécessairement que le cadavre présente tous les phénomènes de la mort survenue par hémorrhagie, et dans ce cas, les cavités du cœur et les principaux vaisseaux sont vides de sang, les parois des ventricules sont attenantes, les poumons n'offrent pas de stase sanguine dans les vaisseaux qui devaient contenir le sang, tandis que dans le cas présent on en aurait probablement trouvé dans les bronches ou il serait entré par la trachée-artère, pendant l'assassinat, par suite de la résistance de la victime;

c.) Il faut enfin, ce qui a eu lieu ici, que l'on trouve une grande masse de sang répandue autour de la victime, à moins toutefois qu'on ne puisse attribuer la mort à une autre cause qu'à une hémorrhagie.

QUESTION II. — *La section des parties divisées a-t-elle eu lieu pendant ou après la mort ?*

J'ai fait voir que la solution de cette question se trouve en partie dans la solution de la première, et dans la connaissance d'un autre fait essentiel, je veux parler de l'infiltration de sang dans le tissu cellulaire des veines, dans l'écartement plus ou moins grand des plaies existantes et leur aspect plus ou moins saignant.

Question III. — *Depuis quelle époque datait approximativement la mort ?*

Cette question était certes très-essentielle à résoudre dans le cas actuel ; car s'il constait que la mort datait d'une époque antérieure ou postérieure à celle à laquelle les prévenus avaient été dans la commune, nul doute qu'ils ne fussent innocents, tandis que les faits opposés étaient une probabilité de plus à leur charge. Je vous ai énuméré ensuite tous les signes qui nous font connaître l'époque plus ou moins reculée de l'extinction de la vie, et j'ai terminé la solution de cette troisième question par la considération que ces signes sont surtout plus positifs à être appréciés lorsque la mort existe déjà depuis une certaine époque.

Question IV. — *La mort est-elle le résultat d'une main homicide, ou doit-elle être attribuée à un suicide ?*

Voici le résumé des faits que je vous ai exposés relativement à cette question dont vous appréciez certainement la haute importance : les diverses circonstances qui peuvent nous éclairer pour reconnaître si la mort est le résultat d'une main homicide ou d'un suicide sont surtout les suivantes : l'examen attentif de la blessure, sa direction et la partie du corps ou elle se trouve ; par exemple une blessure mortelle existant à la partie postérieure du tronc ou de la tête, des blessures aux mains porteraient certes à croire qu'il ne peut y avoir eu de suicide ; les vêtements plus ou moins déchirés ou en désordre, des meurtrissures ou égratignures sur le corps, le nombre des blessures et leur plus ou moins de gravité, l'âge et la constitution physique et morale des individus, les circonstances commémoratives qui ont précédé la mort de la victime. Enfin il est une autre circonstance rapportée par M. Esquirol à laquelle ce médecin légiste attache un grand intérêt, et c'est lorsque l'on suppose que la mort est le résultat d'un suicide de s'enquérir s'il n'existe déjà pas dans la famille des personnes qui se sont suicidées, parce que d'après cet habile médecin le penchant au suicide est le plus souvent héréditaire.

Question V. — *Des violences ont-elles été exercées sur la victime ?*

Cette question est essentielle à connaître, car si des violences extérieures ont été exercées sur la victime, il est plus que probable qu'elles ont été commises par les mêmes personnes qui ont porté sur elle une main homicide et elles écartent ainsi toutes présomptions de suicide. C'est dans cette conviction que je vous ai rapporté les diverses circonstances qui concourrent à la solution de cette question et dont les principales sont les suivantes : la position du cadavre soit sur le dos, la face ou un des côtés ; la position fléchie ou allongée des extrémités ; la situation ouverte ou fermée des mains et plus spécialement de la main droite ; la position du bras, de l'avant-bras

et de la main relativement aux autres parties du corps et surtout à celles où existent les blessures ; l'état dans lequel sont les vêtements, si tant est que le cadavre en est couvert ; le rapport du corps relativement aux objets qui l'entourent et surtout par rapport aux instruments vulnérants qui pourraient s'y trouver ; les traces d'une lutte plus ou moins opiniâtre qui pourrait avoir existé entre la victime et son meurtrier, tels que pourraient être des objets en désordre ou renversés dans le voisinage ; le sol foulé en diverses places ; du sang répandu en plusieurs endroits ; des cheveux arrachés ; des excoriations ; des ecchymoses ; des contusions ; des plaies ; des luxations ; des fractures ou en général d'autres meurtrissures quelconques.

QUESTION VI. — *L'assassinat a-t-il été commis par un seul ou par plusieurs individus ?*

Cette question, vous ai-je dit dans mon rapport, qui était dans ce cas la plus épineuse à résoudre, était aussi celle qui devait apporter le plus de lumières dans les débats de la cause.

Après vous avoir exposé à l'égard de cette question, la position difficile et délicate dans laquelle se trouvait M. Verelst, je vous ai énuméré les faits principaux qui conduisent à sa solution, tels que la position du cadavre ; la résistance que la victime aura pu opposer ; le sang répandu dans un plus grand ou plus petit espace ; la manière certaine ou incertaine dont les blessures ont été faites ; l'absence ou la présence du sang aux vêtements de la victime, et en un mot toutes les circonstances qui peuvent nous porter à croire qu'elle a été placée dans une position telle qu'elle ne put opposer une grande résistance à l'attentat que l'on commettait sur elle.

Après vous avoir entretenu de ces six questions que votre collègue a toutes traitées dans son rapport avec une grande lucidité, j'ai terminé mon travail en émettant le vœu de ne plus jamais voir un rapport sur un crime aussi horrible incomber soit à votre ami de Boom, soit à aucun des membres de votre Société.

STOMATITE.

J'ai à vous rendre compte, messieurs, de quelques observations de stomatite qui vous ont été présentées par votre collègue M. Boonaerts. Chez l'individu qui fait le sujet de sa première observation, tout l'intérieur de la bouche, les bords de la langue, les gencives, étaient recouverts de plaques d'un blanc sale ; il sortait continuellement de la bouche une matière glaireuse et pultacée, exhalant une odeur des plus désagréables, la membrane muqueuse buccale était rouge et gonflée, et le sujet souffrait de douleurs atroces.

Je passerai sous silence les autres observations rapportées par M. Boonaerts parce qu'elles offrent avec la première, sinon une identité absolue, au moins une analogie des plus parfaites.

Parlant de la cause prochaine de la stomatite, votre collègue vous a exposé que la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette affection l'ont

regardée comme de nature scorbutique, tandis que d'autres, en lui donnant le nom de *gangrène de la bouche* parce que quelquefois la terminaison par gangrène a lieu, l'ont considérée d'une autre manière.

Quoique cette affection assez commune soit, quelquefois, très-rebelle à tous les moyens curatifs, vous avez vu cependant qu'elle a cédé avec assez de promptitude au traitement mis en usage par M. Boonaerts, et qui a consisté, d'abord, dans les gargarismes émollients, ainsi que dans l'application de sangsues répétée aux angles de la mâchoire inférieure, des bains de pieds, etc. La plus grande inflammation ayant été combattue, M. Boonaerts a eu recours à l'usage des gargarismes acidulés avec l'acide hydro-chlorique, ainsi que d'une poudre composée de quinquina et de quelques grains de chlorure de chaux réduits en poudre impalpable. Votre collègue attribue surtout à cette poudre l'inappréciable avantage de remédier à l'odeur infecte qu'exhalait la cavité buccale.

RAPPORT.

Dans le rapport que M. Oomen, docteur-médecin à Londerzeel, vous a soumis sur ces observations, il a commencé par émettre quelques considérations d'où il fait découler que la stomatite n'est pas si rare qu'on pourrait le croire au premier abord, et qu'elle mérite d'autant plus votre attention, que c'est une de ces maladies inflammatoires qui revêtent tant de caractères différents les uns des autres, et c'est ainsi, disait-il, que chez l'un cette inflammation de la bouche reste, quoique rarement, au moins si elle est idiopathique, pure et simple, que chez l'autre, elle est aphtheuse ou pultacée-crémeuse, que chez un troisième elle est ulcéreuse ou gangréneuse, ou qu'enfin, comme le prouvent les observations de M. Boonaerts, elle est pseudo-membraneuse.

M. Oomen se demandait ensuite à quoi peuvent tenir ces différentes formes inflammatoires du même tissu, et il ajoutait qu'il est porté à croire qu'elles dépendent plutôt de l'organisation particulière de la muqueuse buccale que de toute autre cause; car nous savons, disait-il, que cette muqueuse est pleine de follicules ou petites glandes, et beaucoup plus qu'aucune autre membrane muqueuse, et que ces mêmes follicules en s'enflammant par une cause quelconque, s'enflent, s'ulcèrent et sécrètent des humeurs anormales qui produisent ces différentes formes inflammatoires de la bouche selon les différentes constitutions atmosphériques et individuelles.

M. Oomen pense avec M. Boonaerts que l'inflammation de la bouche portée à son plus haut degré, peut se terminer par gangrène mais il ne pense pas qu'elle est de nature gangréneuse dans son principe comme quelques auteurs le prétendent. Il n'admet pas non plus que la stomatite est de nature scorbutique, parce que, d'après sa manière de voir, le scorbut n'étant pas de nature inflammatoire, est une maladie qui envahit tous les tissus, *est morbus totius substantiæ.*

M. Oomen a établi d'abord que tout organe sécréteur ou glandulaire enflammé est fort difficilement amené à la résolution complète par les antiphlogistiques seuls, et partant de là il approuve en tous points le traite-

ment de M. Boonaerts, car, disait-il, après avoir employé les déplétions sanguines il faut certes avoir recours aux moyens propres à faire cesser la sécrétion anormale des nombreuses petites glandes muqueuses qui se trouvent dans la bouche.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Votre collègue, M. Van den Camp, pratiquant à Buggenhout, qui a soin de vous transmettre, tous les ans, quelques faits intéressants de sa pratique, vous a fait parvenir quatre observations de fièvres intermittentes guéries par une potion stibio-opiacée.

Votre confrère a émis d'abord quelques considérations générales sur l'opium et le tartre émétique qui constituent la base de son traitement et dont il fait varier la dose d'après l'âge, le sexe et diverses autres circonstances. S'occupant ensuite des substances incompatibles avec sa potion il a cité, en première ligne, parmi celles-ci, les acides concentrés, les oxides métalliques de la seconde classe et leurs carbonates, les hydrosulfates, les savons, l'acide gallique et la plupart des substances végétales amères et astringentes comme le quinquina et la rhubarbe.

La potion préconisée par M. Van den Camp, se compose de 2 grains d'opium avec un grain de tartre émétique dans un véhicule de 4 onces. Il l'administre de la manière suivante : pendant l'ap rexie, toutes les deux heures une cuillerée à soupe, et dans les apyrexies plus longues, par exemple des fièvres quartes, seulement une cuillerée toutes les trois heures.

Toutefois, ajoutait votre collègue, cette potion arrête rarement les accès tout à coup, mais elle en diminue insensiblement la violence, et les fait quelquefois cesser au premier et au second, mais plus souvent au troisième ou au quatrième paroxisme.

Ce moyen curatif possède encore, d'après M. Van den Camp, le mérite d'empêcher presque toujours, la récidive des fièvres intermittentes, pourvu toutefois que son usage soit continué pendant un certain laps de temps après la cessation de la fièvre.

L'individu qui fait le sujet de la première observation, était, depuis plus d'un an, atteint d'une fièvre intermittente tierce rebelle, contre laquelle d'autres médecins avaient épuisé toutes les ressources de l'art, et en première ligne le quinquina sous toutes ses formes, mais sans pouvoir arrêter les paroxismes. Une gastro-duodénite qui compliquait la maladie, fut d'abord combattue par les sangsues et le régime approprié, et après cela le quinquina fut administré dans le but de maîtriser l'affection intermittente, mais en vain : ce fut dans cette occurrence que la potion stibio-opiacée fut administrée. Sous l'influence de ce moyen, le premier, le second, le troisième et le quatrième paroxismes furent successivement moins forts et le cinquième manqua totalement. L'usage de la potion fut cependant continué jusqu'à concurrence de la huitième, et la fièvre ne reparut plus.

Inutile, messieurs, de vous faire une analyse des trois autres observations à cause de l'analogie qu'elles présentent avec la première ; je me bornerai à vous dire que dans chacun de ces trois cas, il s'agissait de fièvres inter-

mittentes rebelles qui toutes ont cédé à l'administration raisonnée de la potion préconisée par votre collègue de Buggenhout.

RAPPORT.

M. Verelst que vous avez chargé de préparer un rapport sur ces observations, en a fait un rapprochement et un parallèle avec la méthode mise en pratique contre les fièvres intermittentes par M. Peysson, médecin à Cambrai, et en effet, a dit le rapporteur, nous voyons en ouvrant les *Annales de la médecine physiologique* (année 1822, tome I, page 250), que ce médecin français administrait une potion ayant, comme celle de M. Van den Camp, l'émétique pour base, avec cette différence qu'au lieu d'opium M. Peysson administrait le sirop de diacode. La méthode du médecin français était encore différente en ceci, qu'au lieu d'administrer de sa potion toutes les deux ou trois heures une cuillerée, il en donnait dans l'apyrexie une cuillerée la première heure, deux la deuxième, trois la troisième et ainsi de suite jusqu'au repas, que deux heures après le repas il recommençait par une cuillerée, en augmentant comme il est dit plus haut.

Cette potion, dont l'action fébrifuge est plus prompte et plus sûre, que celle du quinquina, pour me servir des expressions de son inventeur, disait M. Verelst, perd de son efficacité dans un second article envoyé aux *Annales de la médecine physiologique* (loco citato, page 365), et est postposée à une autre méthode qui consiste en frictions sur le ventre, les cuisses, les bras et le rachis, avec 25 grains de tartre stibié incorporés dans une once d'axonge à employer en vingt-quatre doses, dont quatre à cinq par jour.

Arrivant aux conclusions de son rapport, votre secrétaire pense que les fièvres qui cèdent à l'administration de la potion stibio-opiacée sont des fièvres intermittentes printannières, ou tout au moins peu rebelles, et que dans les localités où il exerce son art, le seul spécifique connu contre les fièvres intermittentes reste toujours le quinquina, et il ajoute en terminant son rapport, que le médecin qui ferait connaître un moyen peu coûteux toujours efficace dans les fièvres intermittentes, rendrait un service éminent à ses contemporains et à la postérité, mais que malheureusement les médecins philantropes ont échoué devant la difficulté, et que malgré les plus belles espérances, nous sommes encore toujours obligés de recourir à l'écorce du Pérou.

FRACTURES COMPLIQUÉES.

Votre collègue de Puers, M. H. Luytgaerens, vous a soumis une observation intéressante qui prouve que l'on ne doit pas toujours trop se hâter de pratiquer l'amputation des membres.

Un ouvrier aidant au déchargement de pierres bleues, eut la jambe prise entre une corniche, du poids approximatif de 2000 kilogrammes : le tibia se trouvait à découvert depuis son tiers supérieur jusqu'à l'articulation de cet os avec le pied, tous les muscles et la peau recouvrant cet os à sa surface

interne et externe étaient totalement détruits et enlevés, le pied était luxé sur le tibia d'avant en arrière, à tel point que cette articulation totalement ouverte, offrait une vaste cavité dans laquelle on aurait pu introduire le poing; les muscles et ligaments recouvrant la partie antérieure de cette articulation, étaient entièrement détruits ou déchirés.

Dans un pareil état de choses M. H. Luytgaerens éprouva des craintes sérieuses pour la conservation du membre atteint. Il mit la jambe sur un appareil à suspension de Mayor, y appliqua un bandage contentif, et fit faire des irrigations froides qui furent continuées pendant dix jours; après cette époque, la plus grande période inflammatoire étant passée, il pansa la plaie à sec et cessa les irrigations froides; la suppuration s'établit, la plaie se détergea insensiblement, des bourgeons charnus recouvrirent l'os, la cicatrisation commença à gagner en circonférence et au bout de 78 jours la cure fut achevée sans laisser au malade d'autre difformité que celle causée par une énorme cicatrice recouvrant toute la partie antérieure et inférieure de la jambe.

La liberté de mouvement considérablement entravée dans le commencement, est depuis cette époque revenue à son état normal, et le jeune homme jouit comme ci-devant de tous les mouvements de sa jambe.

Votre confrère termine en disant que deux choses dans son observation lui ont parues dignes de fixer votre attention : la première est la dénudation d'une grande partie du tibia sans produire de nécrose ou d'exfoliation de cet os, et la seconde c'est l'ouverture et le désordre considérable de l'articulation tibio-tarsienne.

RAPPORT.

Dans un rapport que vous a soumis sur cette observation M. Boonaerts, il vous à présenté d'abord l'analyse de l'exposé des symptômes fait, par M. H. Luytgaerens, et arrivant au traitement mis en usage par celui-ci, il a, en tous points, approuvé les irrigations d'eau froide qui ont été employées. « Pour ma part, a-t-il dit, je ne puis que me louer de les avoir em-
» ployées à plusieurs reprises, et les bons effets de cette méthode thérapeu-
» tique, propre à arrêter l'inflammation, ou au moins à la maintenir dans
» les limites propres à la guérison, a sans doute évité, depuis qu'elle est
» mise en usage, de dangereuses et douloureuses opérations, et a conservé
» à plusieurs malades des membres, que, sans son secours, on aurait été
» obligé d'amputer. »

M. Boonaerts appuyait son opinion favorable à l'irrigation de l'eau froide, de celle de M. Berard chirurgien de l'hôpital-Necker à Paris, qui est un des premiers qui a employé cette méthode curative et qui continue à s'applaudir des résultats qu'il en obtient.

Votre collègue de Thisselt s'explique la guérison sans nécrose ni exfoliation par la bonne constitution du blessé exempte de toute diathèse syphilitique, dartreuse ou scrofuleuse, maladies les plus favorables, dit-il, au développement de la nécrose, et il s'appuie sur les expériences de Weidmann de Traja et sur plusieurs raisonnements pour prouver que la dénudation

d'un os par une cause vulnérante n'est pas une cause inévitable de nécrose.

Parlant enfin du grand désordre observé dans l'articulation tibio-astragalienne, votre confrère de Thisselt rapportait que dans de pareilles circonstances il n'est pas rare de voir sùrgir des inflammations intenses qui peuvent déterminer la gangrène du pied, ou occasionner des abcès profonds et étendus, et nécessiter tôt ou tard l'amputation du membre, et que dans les cas les plus heureux il reste pendant quelque temps de la raideur dans l'articulation et d'autres fois une grande faiblesse des ligaments.

GASTRO-ENTÉRITE ET SYMPTÔMES TÉTANIQUES OCCASIONNÉS PAR LA PRÉSENCE DE VERS DANS LES INTESTINS.

Votre confrère de Londerzeel M. le docteur Oomen vous a présenté une observation pleine d'intérêt dans le but d'appeller votre attention sur le diagnostic des maladies occasionnées par la présence de vers dans les intestins.

Le jeune homme qui fait le sujet de son observation avait, toujours joui d'une excellente santé, lorsque revenant un jour du marché de Termonde à Londerzeel (trajet de 5 lieues) il ressent, chemin faisant, une douleur sourde dans l'abdomen, sans savoir à quoi en attribuer la cause; revenu chez lui il prend une infusion sudorifique, ensuite du lait bien chaud, et se met au lit; mais la douleur au lieu de diminuer augmente à tel point, dans le courant de la nuit, qu'il ne peut goûter un instant de repos qu'il est en proie à une extrême agitation et accuse (d'après ses expressions) des épingles de lui percer le cœur; ce ne fut toutefois que dans le courant de la matinée qu'on eut recours aux soins de votre confrère qui observa à son arrivée les symptômes suivants : la physionomie, la position et les gestes bizarres du malade exprimaient la plus vive douleur; la face convulsée était rouge, grippée et rapetissée; les yeux largement ouverts laissaient voir les pupilles dilatées; les ailes du nez étaient également très-dilatées; la peau était sèche, âcre brûlante au toucher; battements du cœur très-prononcés; respiration accélérée, laborieuse; pouls dur, serré, très-fréquent et filiforme; impossibilité de parler ou d'ouvrir la bouche, quoique comprenant très-bien toutes les questions qui lui étaient faites; douleur vive à l'épigastre à la tête, le long de l'épine dorsale et surtout aux extrémités; mouvements nerveux continuels, le cou et les membres étaient roides; la tête et le tronc courbés en avant, en un mot le corps entier était dans un tel état de raideur tétanique que toutes les articulations paraissaient soudées ensemble.

Agissant d'après l'ensemble des symptômes existants votre confrère a employé un traitement antiphlogistique énergique, qui n'a toutefois pu sauver le malade : celui-ci est mort six heures plus tard en proie aux douleurs les plus atroces.

Cherchant à se rendre compte sur le cadavre de la cause de phénomènes aussi violents et aussi insolites, votre confrère en a fait l'autopsie qui lui a démontré les circonstances suivantes : les vaisseaux encéphaliques

étaient très-injectés; le cerveau et ses membranes dans leur état normal, ainsi que les viscères de la poitrine n'offraient rien d'extraordinaire; la surface externe péritonéale de l'estomac était d'un rouge foncé, et il contenait 13 gros ascarides lombricoïdes vivants et une matière mucoso-purulente; sa muqueuse était sur plusieurs points ulcérée et presque partout ramollie, surtout vers la grande courbure, et se laissait facilement enlever par le doigt; le duodenum et le jejunum, qui contenaient aussi des vers, offraient des traces bien caractérisées d'une inflammation à son plus haut degré, qui diminuait cependant d'intensité au fur et à mesure qu'on approchait de l'iléon et des gros intestins, lesquels étaient dans un état presque normal; les autres organes du bas-ventre ne présentaient rien de remarquable.

M. Oomen a cru pouvoir conclure de cette observation et d'autres analogues qui se sont, dit-il, présentées dans sa pratique, que les vers occasionnent beaucoup de maladies mortelles, et que leur présence dans le corps humain est bien difficile à reconnaître, et il terminait son mémoire par ces paroles d'un auteur distingué : « Le diagnostic (des maladies occasionnées » par la présence de vers) reste incertain aussi longtemps qu'on ne les a » pas vus; ils peuvent simuler toutes les maladies, et faire croire au mé» decin à une maladie qui n'existe pas. »

RAPPORT.

Dans un rapport circonstancié que vous à soumis sur cette observation votre secrétaire M. le docteur Verelst de Boom, il s'est d'abord attaché à resoudre l'importante question de lésion, d'inflammation, de perforation de l'estomac, des intestins, etc., par les vers intestinaux chez l'homme. S'appuyant sur l'autorité respectable de M. Cruveilhier, et voulant faire voir jusqu'où va l'engouement de certains auteurs qui attribuent la plus grande partie des maladies à la présence des vers, il rapporte que cet auteur pour donner une idée de ce que peut la prévention sur les esprits les plus éclairés, engage ses collègues à lire les observations du docteur Ortassin qui fait des vers intestinaux le pivot de toute la pathologie, et plusieurs faits consignés dans l'ouvrage de M. Bremser où l'on verra qu'il s'est rencontré des praticiens qui n'ont pas hésité à rapporter la mort suite de violences extérieures et la mort subite elle-même à la présence des vers.

Plus loin votre secrétaire se demande si les vers peuvent par leur présence enflammer le canal alimentaire, et tout en admettant que quelques faits semblent le prouver, il pense cependant que des faits bien plus nombreux nous attestent l'innocuité de leur présence, de sorte, dit-il, que dans les cas de co-existence de vers et de phlegmasie viscérale l'on est toujours dans le doute pour savoir si les vers constituent la cause ou l'effet de la maladie; il est même, ajoute-t-il, des praticiens d'un grand mérite, qui pensent que, dans ces cas, lors même qu'on arriverait à un diagnostic aussi exact que possible, il faudrait négliger les vers pour ne s'occuper que de l'inflammation.

Votre secrétaire rapporte ensuite un exemple de mort subite, chez un

enfant, précédée de convulsions et attribuée par M. Guersent à la présence de vers parce que lors de l'autopsie aucun désordre appréciable ne se fit remarquer dans les viscères et que l'on rencontra deux ascarides qui s'étaient introduits dans les canaux biliaires. Mais combien de convulsions mortelles, ajoute M. Verelst qui ne s'expliquent par aucune lésion organique appréciable, et comment concevoir, vu la grande vitabilité de la muqueuse des canaux hépatiques et biliaires, que des vers aient pu s'y introduire pendant la vie du sujet?

Revenant encore à la question de perforation de l'estomac de l'œsophage et des intestins par les vers, basée sur la forme arrondie de ces perforations mêmes qui paraissent exactement coïncider avec le diamètre des vers, il se demande s'il est plus rationnel d'admettre les vers pour cause de ces perforations qu'il le serait de les admettre lors de leur sortie avec les matières fécales dans une hernie étranglée, comme cause de ces mêmes désordres, et il pense que le passage des vers à l'extérieur ou dans la cavité péritonéale est toujours consécutif à une perforation produite par une cause qui leur est étrangère, fait d'autant plus positif, ajoute-t-il, que jamais on n'a trouvé les vers intestinaux chez l'homme attachés par une de leurs extrémités aux parois abdominales.

Arrivant enfin aux conclusions de son rapport, votre secrétaire, tout en rendant justice au travail intéressant de M. Oomen pense contrairement à ce dernier, que les vers ne peuvent causer une mort prompte et que celle-ci doit toujours être attribuée à la co-existence d'une autre affection et que dans l'observation précitée il est très-probable qu'il y a eu affection encéphalique puisque votre collègue rapporte qu'il a trouvé les vaisseaux de la masse cérébrale très-injectés. D'ailleurs, ajoute en terminant votre secrétaire, si l'on admettait une pareille théorie on serait conduit à conclure à des maladies beaucoup plus fréquentes et plus nombreuses vu la présence des entozoaires chez la plupart des hommes.

FIÈVRES TYPHOIDES.

Dans un travail complémentaire à un autre que j'ai eu l'honneur de vous soumettre dans le cours de l'année précédente, je vous ai rapporté quelques nouvelles considérations tendant à prouver que les fièvres typhoïdes ne sont que des *maladies secondaires* à une infinité d'autres; comme la plupart de ces considérations ont été soumises par moi à une autre Société savante et vous sont pour la plupart connues, je crois qu'il serait fastidieux de vous en faire l'analyse; je dirai seulement en trois mots que les principaux arguments que j'ai fait valoir en faveur de mon opinion sont puisés dans la diversité même des formes que la maladie peut prendre, dans le vague et l'incertitude des auteurs qui se sont le plus spécialement occupés de ces affections et dans la diversité des traitements que l'on emploie pour les combattre.

RAPPORT.

Après avoir fait l'analyse de ce travail, dans le rapport dont vous avez chargé M. Oomen, ce collègue arrive à des conclusions toutes différentes de celles qui sont le résultat de mes recherches et de mon expérience pratique, et il est d'opinion que, tout en admettant, comme il le fait, que toute les maladies peuvent présenter des symptômes typhoïdes, elles ne doivent cependant pas être considérées comme des affections typhoïdes, proprement dites, celles-ci étant, dit-il, des maladies *sui generis* qui paraissent avoir leur siége primitif dans le sang, car par exemple, ajoute votre rapporteur, une certaine quantité de pus injecté dans les veines des animaux provoque les symptômes de la fièvre typhoïde ; et les mêmes phénomènes se font remarquer dans la fièvre de résorption, dans la phlébite, dans la métro-péritonite et en général dans toutes les maladies où le sang est vicié par un trouble antécédent profond dans le jeu des solides ou par une cause délétère quelconque. Cette altération du sang consécutive dans les exemples précités est pour M. Oomen *primitive* dans les affections typhoïdes qui lui paraissent aussi essentielles que les fièvres intermittentes et la fièvre pernicieuse, en d'autres termes, dit-il, indépendantes de toute lésion préalable dans les solides lesquels ne sont atteints que secondairement dans la vraie fièvre typhoïde.

Votre rapporteur termine son travail en disant qu'il est d'accord avec moi, non-seulement pour dire qu'une seule et même méthode de traitement dans les affections typhoïdes serait impratiquable, mais pour faire voir encore que cela serait préjudiciable, vu que le traitement doit varier d'après les épidémies régnantes, le siége, l'âge et les maladies qui accompagnent le typhus.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX.

S'occupant plus spécialement de l'art des accouchements, votre confrère M. Vandenpoel, accoucheur à Puers, vous a présenté une observation relative à son art. Dans cette observation, l'enfant présentait le bras droit ; après avoir obtenu une dilatation suffisante du col utérin, M. Vandenpoel emmena un pied hors de la vulve sans toutefois pouvoir obtenir le pelotonnement de l'enfant ; ce fut dans ces circonstances que M. Luytgaerens, exerçant également les accouchements à Puers, lui fut adjoint ; ces messieurs firent de nouvelles tentatives pour obtenir le pelotonnement de l'enfant en refoulant le bras et en tirant sur le pied dégagé, mais ce fut en vain ; dans cette occurence ils crureut devoir abandonner le travail aux ressources de la nature, d'autant plus que la femme , d'une constitution forte, n'avait éprouvé que peu de douleurs, et que les auteurs rapportent plusieurs exemples d'enfants expulsés en double ; leurs prévisions se réalisèrent en effet et dès le lendemain l'enfant fut dégagé au moyen du levier et sortit hors du sein de sa mère présentant ainsi à l'accouchement le sommet de la tête, le pied droit et la main du même côté de telle sorte que

la jambe se trouvait située le long du tronc et le pied croisé entre le bras et la tête.

L'enfant d'un volume ordinaire, était mort, et la mère se rétablit promptement.

RAPPORT.

M. Voet, docteur en médecine à Hombeeck, chargé de vous présenter un rapport sur l'observation dont je viens de vous soumettre l'analyse, après avoir observé que probablement la décision d'abandonner le travail aux ressources de la nature, n'a été prise par ses confrères, qu'après que ceux-ci avaient fait des efforts infructueux pour ramener le second pied, pense que l'on ne saurait assez insister sur cette manœuvre parce que la version s'opère presque toujours en tirant sur les deux pieds à la fois ; il pense encore que dans le cas où cela aurait été impossible, il aurait été plus rationnel de replacer le pied ramené, parce que celui-ci ne pouvait que compliquer la position et rendre l'expulsion plus difficile.

A l'appui de ce qu'il avance, votre rapporteur cite deux cas dans lesquels, un pied étant ramené, il dut faire des efforts inouïs pour ramener le second, ce qu'il obtint toutefois, à force de peines et de travail, qui furent du reste amplement dédommagés par la culbute de l'enfant qu'il obtint presqu'immédiatement après la sortie du second pied. Un troisième cas, cité par M. Voet, est celui d'un enfant, présentant comme dans l'observation de notre collègue de Puers le bras à l'orifice de la vulve et dans lequel il fut également impossible de ramener aucun des deux pieds; l'accouchement abandonné à lui-même, se termina également par les seules efforts de la nature en sorte que l'accouchement se fit, l'enfant présentant successivement le bras, l'épaule et le cou et la tête appuyée contre le thorax.

Votre confrère termine son rapport en vous citant cette troisième observation ainsi que celle de M. Vandenpoel pour prouver combien sont grandes les ressources de la nature, et combien souvent celle-ci mène à bonne fin des choses dont nous avions désespéré.

CANCERS.

M. Ch. Van Steenkiste, bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges, vous a présenté une observation pleine d'intérêt sur le traitement des ulcères cancéreux par l'emploi des préparations arsenicales. L'auteur de ce travail après vous avoir soumis quelques considérations générales sur la guérison des ulcères cancéreux, et après avoir préconisé comme le meilleur mode de traitement l'ablation de la partie cancérée par l'instrument tranchant, vous fait observer que ce moyen n'est cependant pas toujours praticable, tant à cause de la situation de l'ulcère et de sa connexion avec les parties environnantes, qu'à raison de l'engorgement des glandes lymphatiques voisines, *signe évident,* dit M. Van Steenkiste, *que la diathèse cancéreuse existe, ce qui est certes une contre-indication;* il est enfin, ajoute-t-il encore, des personnes qui se refusent à l'emploi de tout instrument tranchant.

Votre collègue entre ensuite dans quelques considérations historiques sur l'emploi des préparations arsenicales contre les affections cancéreuses, et en fait remonter l'emploi jusqu'a Galien. Parmi les médecins qui ont successivement eu recours au même moyen, il cite plus particulièrement Hippocrate, Galien, Celse, les médecins arabes, Fusch, les frères Côme, Rousselot, Dubois, et plusieurs auteurs modernes.

Passant ensuite à la description d'une observation relative aux faits précités l'auteur décrit dans tous ses détails les symptômes d'un ulcère cancéreux des plus manifestes, situé au-dessous de la partie interne et moyenne sur le trajet de l'artère crurale et dont il obtint en 57 jours la cure radicale au moyen de trois applications de la pâte arsenicale de Rousselot.

RAPPORT.

Chargé de vous présenter un rapport sur ce travail de notre confrère de Bruges, après vous en avoir fait l'analyse succincte, je vous ai fait observer que dans le cours de son observation, il admettait une *diathèse cancéreuse ;* nous avons entièrement partagé son opinion à cet égard, seulement j'ai ajouté que je ne l'admettais pas dans l'acception la plus large que l'on attache à ces mots, mais qu'en ceci, comme dans beaucoup d'autres cas l'on se disputait souvent longtemps sur l'acception et la valeur d'un mot avant de s'être mis préalablement d'accord sur le véritable sens que l'on y attache. Et la vérité de ces assertions je l'ai puisée dans l'observation même de M. Ch. Van Steenkiste, car en effet, si ce confrère admettait la *diathèse cancéreuse* dans un sens aussi général que l'ont fait Bayle et Cayol, il n'aurait certes pas, vous disais-je dans mon rapport, eu à vous citer une si belle guérison : quelqu'idée, que l'on attache, quelque sens que l'on donne aux mots *diathèse cancéreuse*, toujours est-il que lorsque le cancer est accompagné d'un certain ordre de symptômes tels que l'engorgement des glandes lymphatiques voisines, un mouvement fébrile, une émaciation notable, la couleur jaune-paille de la peau, etc., que presque toujours alors l'on voit le cancer repulluler après l'extirpation du mal même la plus méthodiquement pratiquée.

Parlant ensuite de la confiance que M. Van Steenkiste accorde à l'arsenic et cherchant à vous faire voir combien cette confiance est bien placée, je vous ai parlé de la *pommade de Hellmund,* du nom de son auteur, douanier prussien, et dont l'arsenic est la principale base, et je vous ai rapporté que cette composition a joui d'une telle célébrité en Prusse dans le traitement des ulcérations carcinomateuses, que le gouvernement prussien s'est décidé, à une époque assez récente, à faire l'acquisition de ce remède secret.

Arrivant finalement aux conclusions de mon rapport je vous ai dit que le travail de M. le bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges dénotait en lui un praticien habile qui savait faire la part des indications diverses qui se trouvent à remplir dans le vaste domaine de la thérapeutique : aussi n'ai-je pas hésité un moment à vous proposer de lui voter des remercîments pour l'envoi de son intéressante observation, et à l'adjoindre

à vos travaux en qualité de membre correspondant, conclusions qui ont unanimement été adoptées.

POLYPE DES FOSSES NASALES.

M. le docteur Alloo, membre correspondant à Lokeren, vous a fait parvenir l'observation d'un polype des fosses nasales. Un jeune homme âgé de 19 ans, s'était apperçu, depuis deux ans, d'une gêne dans les arrière-narines, d'une certaine difficulté pour se moucher, d'abord de la narine gauche et peu-à-peu des deux côtés, insensiblement sa voix était devenue plus sourde et nasonnée et la déglutition s'était également altérée : ce fut dans cet état qu'il se présenta à votre collègue qui, en explorant les fosses nasales, n'eut pas de peine à reconnaître un polype fibreux des arrière-narines qui occupait déjà toute la partie supérieure du pharynx ; le voile du palais était très-injecté ainsi que toute la muqueuse environnante ; dans ces circonstances, M. le docteur Alloo, proposa l'opération par arrachement, mais le malade ne voulut s'y soumettre que cinq semaines plus tard, lorsque la tumeur avait considérablement augmenté de volume et depassait le bord libre du voile du palais, le sommeil était en quelque sorte devenu impossible par la crainte de suffoquer, et plusieurs hémorrhagies assez considérables avaient eu lieu. Après avoir, pendant quelques jours, préparé le malade à la présence des instruments par l'introduction répétée du doigt dans le pharynx, l'opération fut pratiquée : une pince à polypes introduite dans la narine, saisit la tumeur aussi haut qu'il fut possible et malgré les plus grands efforts, continués pendant un quart-d'heure et demi, l'on ne put détacher du polype que quelques fragments grands comme une fève de marais. Voyant ses efforts rester sans résultat, il vint dans l'idée de votre confrère de faire des tractions par secousses, résolution dont il eut tout lieu de s'applaudir, car, après trois ou quatre applications de la pince, il parvint à en arracher un morceau grand comme la moitié d'un œuf de poule qui fut, bientôt après, suivi par un autre du même volume; dès-lors la narine droite était libre, et en explorant le pharynx et les fosses nasales M. Alloo put s'assurer qu'il ne restait plus de la tumeur que le pédicule qui s'implantait sur la face externe de l'arrière-narine gauche ; il lui fut facile de le saisir dans la pince, mais il lui fut impossible de l'arracher totalement, d'autant plus que le malade, très-fatigué, demandait instamment à se reposer (l'opération avait duré trois quarts-d'heure), et que de son côté l'opérateur nourrissait l'espoir de voir la suppuration entraîner les débris restants, qui avaient été tiraillés et déchirés en tous sens; cette prévision se réalisa en effet, et trois semaines après l'opération l'exploration des arrière-narines, faite avec toute l'attention possible, ne fit plus rien découvrir et aujourd'hui le jeune homme respire et se mouche des deux côtés, avec la plus grande facilité. Deux mois après l'opération le polype n'avait ni dégénéré ni répullulé.

RAPPORT.

Dans le rapport que M. Oomen vous a fait sur cette observation, il a

commencé par analyser l'observation de votre membre correspondant, de Lokeren, et adoptant en tous points ses procédés opératoires, et les points de doctrine soulevés par lui dans son travail, il l'a félicité sur le beau succès qu'il a obtenu, et vous a proposé de lui voter des remercîments pour l'envoi de son observation, conclusions que vous avez en effet adoptées.

HERMAPHRODISME.

Obs. I. — Un enfant présentant des irrégularités dans les lois de la nature telles qu'il s'en rencontre rarement, a été soumis à votre examen par M. Voet, docteur-médecin à Hombeeck. Cet enfant né de parents sains, jouissant lui-même d'une santé robuste et pour le reste bien constitué, présentait à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen, au-dessous et au-devant de la symphise pubienne, un corps dont la forme et le volume ne différaient en rien d'un pénis ordinaire, mais imperforé, et présentant les indices d'une ouverture que l'on aurait cru être oblitérée par une membrane dont la continuation constituait le frein : celui-ci, au lieu de s'unir au prépuce, s'étendait le long de la face inférieure de la verge pour aller s'insérer vers sa base autour d'une petite ouverture par laquelle se faisait l'émission des urines, ce qui au premier abord, vous fit croire à un hypospadias. Sur le dos et vers la racine de la verge on remarquait un léger repli de la peau qui descendait de chaque côté de celle-ci pour aller se réunir quelques lignes plus bas; l'intervalle compris entre ces deux replis et la base de la verge, de forme triangulaire, n'offrait rien que la continuation de la peau et le raphé qui allait se perdre à l'ouverture mentionnée plus haut; ce raphé ainsi sillonné au milieu de ces deux replis qui avaient inférieurement un assez grand développement, donnait à ces parties l'aspect d'un scrotum dans lequel il était toutefois impossible de découvrir des testicules.

Peu de temps après avoir été présenté, cet enfant succomba aux convulsions, et votre confrère, après avoir procédé à l'autopsie, put faire une pièce anatomique curieuse de ses parties génitales tant intérieures qu'extérieures. Cette pièce vous a également été présentée et vous a fait connaître qu'à l'intérieur cet enfant présentait exclusivement les organes bien conformés appartenant au sexe féminin; l'examen de l'ouverture interne du canal inguinal fit voir que celle-ci ne donnait passage qu'au ligament rond de la matrice; le stylet introduit dans l'ouverture qui se trouvait à la base de la verge tombait dans la vessie lorsqu'on en dirigeait la pointe vers le haut, mais s'engageait dans le vagin lorsqu'on le portait vers le bas.

Votre confrère a terminé son travail par quelques considérations d'où il conclut qu'il est souvent très-difficile de déterminer, d'après l'inspection des parties génitales extérieures, à quel sexe appartiennent les individus présentant de pareilles anomalies; car, dans ce cas-ci, ajoutait-il, on était porté à croire, d'après les parties externes, que l'enfant appartenait au sexe masculin, tandis que les parties intérieures vous ont démontré à toute évidence qu'il appartenait au sexe féminin.

Obs. II. — Votre secrétaire, se rappelant l'identité d'un cas analogue qui

nous avait été présenté lors de nos études médicales à Louvain, vous a également présenté une note dans laquelle il vous a retracé, relativement à ce cas d'hermaphrodisme, tout ce que sa mémoire avait pu lui en rappeler : Marie-Dorothée Dercier fut d'abord le nom sous lequel était connu cet hermaphrodite, que, jusqu'à l'âge de 30 ans, l'on crut être du sexe féminin, et qui exerça, jusqu'à cet époque, la profession de cuisinière ; ce fut après cet âge seulement que parurent des symptômes qui dénotèrent que l'individu, dont il est question, devait plutôt appartenir au sexe masculin qu'au sexe féminin : il lui survint de la barbe au menton ; la voix devint plus virile et par un jugement motivé d'un tribunal d'une ville d'Allemagne, il fut déclaré appartenir au sexe masculin. Il n'y avait chez cet hermaphrodite aucune propension, aucun désir plus prononcé pour l'un que pour l'autre sexe ; il y eut une seule fois un écoulement sanguin simulant celui des menstrues, mais peu abondant ; deux corps ovalaires étaient situés dans la division du scrotum, que le sujet pouvait faire rentrer dans l'abdomen ; le scrotum était divisé en deux lobes simulant parfaitement les lèvres de la vulve, et offrait vers le milieu, une ouverture assez grande pour admettre un membre viril et ayant assez de ressemblance avec une vulve ; un stylet introduit dans cette ouverture, fit reconnaître au toucher un corps qu'on crut être la matrice ; un clitoris fort, imperforé, était situé immédiatement au-dessus de l'ouverture que je viens de décrire ; l'urine était expulsée de la vessie par une petite ouverture qui s'ouvrait à la partie supérieure et interne de cette espèce de vulve ; le reste du corps offrait un bassin de femme évasé, des mamelles bien développées et des bras et des jambes d'un homme fortement constitué. Dans un pareil mélange des parties génitales appartenant à l'un et à l'autre sexe, il était certes bien épineux de déterminer le sexe, et l'on peut dire à juste titre, que le jugement du tribunal que nous avons cité plus haut était pour le moins hardi, c'est ce que confirme surtout le conflit qui s'éleva à cet égard, entre les principales notabilités médicales de l'époque ; et, en effet, ce sujet fut regardé comme mâle par Kopp, Kausch, Mursina, Rosenmüller, Osiander, Lawrence, Green et la Faculté de médecine de Paris, et comme femelle par MM. Hufeland, Gall et Brocks, tandis que MM. Schneider, Lauth, Schmidtmuller et Ritgen pensèrent qu'il n'appartenait à aucun sexe. Mort en 1835, le célèbre professeur et grand anatomiste Mayor en fit l'autopsie à Bonn : l'on trouva d'un côté un testicule pour ainsi dire atrophié, un pénis et un prostate, et d'un autre côté un utérus avec ses trompes, un vagin et un corps analogue à un ovaire.

RAPPORT.

Après vous avoir démontré, dans le rapport que vous m'avez chargé de faire sur ces deux cas d'hermaphrodisme, combien de pareils faits sont rares, et quelles grandes difficultés ils offrent aux recherches et aux méditations des anatomistes et des jurisconsultes tant par rapport à leurs causes que par rapport aux applications qu'ils présentent à la médecine légale, j'ai émis quelques considérations relatives au véritable sens du mot hermaphrodisme, à ses différentes espèces et variétés. L'hermaphrodisme, vous

ai-je dit, dans l'acception que l'on attache à cette dénomination en médecine, et non pas dans l'acception rigoureuse du mot, est de différentes espèces et offre en quelque sorte des variétés différentes pour chaque individu qui en présente les caractères ; c'est ainsi que l'on a divisé l'hermaphrodisme en *hermaphrodisme apparent chez le sexe masculin*, en *hermaphrodisme apparent chez le sexe féminin*, et en *hermaphrodisme neutre* subdivisé à son tour en *hermaphrodisme neutre avec absence de sexe prononcé*, et en *hermaphrodisme neutre avec conformation sexuelle mixte*.

Parlant ensuite des causes à assigner à l'hermaphrodisme, je vous ai entretenu des mille à une hypothèses aussi absurdes que ridicules que l'on a débitées à cet égard depuis Ambroise Paré (pour ne pas parler du verset de la génèse où l'on prétend faire remonter l'explication de cette monstruosité) jusqu'à nos jours. C'est ainsi que cet auteur, pour en faire voir tout le ridicule, rapporte que « certains auteurs du tout ignares de l'anatomie ont voulu » persuader qu'en la matrice de la femme il y avait trois cellules et sinus, » à savoir sept : trois au côté droit pour les mâles, trois à gauche pour les » femelles, et le septième droit au milieu pour les hermaphrodites. »

Cherchant à faire voir de combien de difficultés est quelquefois hérissée la position d'un médecin qui a à prononcer à quel sexe un individu appartient, je vous ai cité ce congrès des plus habiles anatomistes qui eut lieu à Paris, et dans lequel il y eut jusqu'à trois opinions fondamentales différentes pour constater le sexe d'un hermaphrodite.

J'ai enfin terminé mon rapport en faisant ressortir à vos yeux tout l'intérêt que les deux observations de vos collègues précités offre pour la science, et en vous faisant voir combien elles sont dignes de fixer votre attention et de piquer votre curiosité.

ÉPILEPSIE.

J'ai encore à vous rendre compte de plusieurs observations d'épilepsie traitées et guéries par l'indigo, qui vous ont été communiquées par M. De l'Arbre, médecin à Castre, mais ce travail ayant été envoyé à une commission qui n'en a pas encore rédigé le rapport, j'ai cru, pour ne pas disjoindre le rapport du travail qui y a donné lieu, qu'il serait plus convenable d'en remettre l'analyse à l'exposé général de vos travaux de l'année prochaine.

VOMISSEMENTS NERVEUX ACCOMPAGNÉS D'ACCÈS CATALEPTIQUES.

Pour le même motif je ne vous parlerai pas d'une observation intéressante de vomissements nerveux qui vous a été envoyée par M. Luyckx, D.-M. à Heys-op-den-berg.

Divers autres travaux relatifs à notre art vous ont encore été envoyés ;

mais ces travaux ayant déjà été présentés à d'autres sociétés savantes, n'ont pas donné lieu à des rapports de votre part, parce que la lettre et l'esprit de votre règlement s'y opposent : je pourrais par le même motif m'abstenir de vous en parler ; je crois cependant faire une chose qui vous sera agréable en vous faisant connaître sommairement les noms des auteurs qui vous ont envoyé leurs productions, et l'objet qu'ils ont traité.

CATARACTE.

M. le docteur Van Camp, membre de la Société de médecine d'Anvers, vous a fait parvenir deux observations de cataracte par abaissement, suivies de quelques réflexions sur cette opération.

BEC-DE-LIÈVRE.

Le même confrère, vous a encore envoyé une observation d'une opération de bec-de-lièvre double, pratiquée avec un plein succès chez une petite fille âgée de 8 ans.

BANDAGE AMIDONNÉ.

M. le docteur Van Meerbeeck, membre de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines, vous a fait parvenir trois mémoires sur quelques modifications à apporter au bandage amidonné du professeur Seutin.

Dans le premier de ces mémoires votre confrère fait la description d'un bandage amidonné bivalve sans incision destiné à rendre de grands services à la science.

Le second mémoire vous expose un nouveau procédé destiné à simplifier celui préconisé dans le premier mémoire de l'auteur.

Le troisième mémoire enfin a trait à la solidification du bandage amidonné et vous propose des moyens propres a atteindre ce but en peu de temps. A la suite de ce mémoire, l'auteur a joint une note supplémentaire dans laquelle il préconise la substitution de la gomme adragante à la dextrine dans les bandages permanents.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Vous devez encore au zèle laborieux et à la plume infatigable du même auteur, quelques méditations sur la nécessité d'étudier l'histoire de la médecine : ces méditations toutes vivifiantes d'à-propos, et d'une piquante originalité, ont pour but de faire ressortir l'utilité et la nécessité d'étudier l'histoire de la médecine.

NOTICE HISTORIQUE SUR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

M. le docteur De Meyer, président de la Société médico-chirurgicale de Bruges, vous a fait parvenir une savante notice historique sur cette Société, qui est la réunion et la continuation de deux anciennes et illustres Sociétés dont l'origine remonte au quatorzième siècle.

STRABISME.

M. le docteur C. Van Steenkiste, bibliothécaire de la même Société, vous à fait don d'une notice sur l'opération du strabisme, et spécialement sur un nouveau procédé pour exécuter cette opération, mis en pratique par son auteur avec un succès incontestable.

MALADIES DE LA PEAU.

Ce même collègue qui, comme vous le voyez, prend une part assez active à vos travaux, vous a encore communiqué plusieurs observations intéressantes sur l'efficacité de la suie de bois, unie au sulfate de zinc, dans le traitement des maladies de la peau.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

M. le docteur E. Wemaer, secrétaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges, vous a fait hommage du Compte-rendu des travaux de cette association savante depuis sa réorganisation en 1838, jusqu'à la fin de 1840.

Ici se borne le résumé des travaux qui vous ont été présentés dans le courant de l'année, et qui ont fait le sujet de vos délibérations et de vos discussions; mais pour compléter mon rapport et me conformer à la lettre de notre réglement, il me reste à vous entretenir de quelques faits encore qui se sont accomplis depuis notre dernière réunion générale :

Vous êtes entrés en correspondance et vous avez noué des relations scientifiques avec deux Sociétés médicales qui honorent leurs localités respectives, je veux dire la Société de médecine d'Anvers, et la Société médico-chirurgicale de Bruges.

Divers Journaux périodiques et Annales des Sociétés savantes vous ont été envoyés, et ont puissamment contribué à élargir le cercle de votre instruction et de vos travaux.

Vous avez aussi pris des mesures pour faire imprimer ceux de vos travaux que vous trouverez de nature à faire progresser l'art que nous cultivons.

Vous vous êtes depuis un an associés en qualité de membres effectifs,
MM. L. Voet, docteur-médecin, à Hombeeck,
De Beys, docteur-médecin, à Boom,
De Coq, docteur-médecin, à Niel;

Et en qualité de membres correspondants,

MM. Broeckx, secrétaire de la Société de médecine d'Anvers,
D'Avoine, vice-président de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines,
Bosteels, docteur-médecin, à Lebbeeke.
Smolders, chirurgien-accoucheur à St-Amand,
Van Brabander, docteur-médecin, à Wichelen,
Goenendaels, président de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines,
Van Camp, membre résidant de la Société de médecine d'Anvers.
Taglioretti, membre résidant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines.
De Locht, chirurgien-accoucheur à Hinghene,
De Baeker, docteur-médecin, à Humbeeck,
Mertens, docteur-médecin, à Sempst,
Donckerwolck, docteur-médecin, à Wodecq,
Van Dyk, docteur-médecin, à Oolen,
Luyckx, docteur-médecin, à Heyst-op-den-berg,
De l'Arbre, docteur-médecin, à Castre,
Maroy, docteur-médecin, à Eecloo,
De Buck, docteur-médecin, à Maldeghem,
Waldack, docteur-médecin, à Eecloo,
Van Waesberghe, docteur-médecin, à Waerschot,
Gheersens, docteur-médecin, à St-Laurent,
Alloo, docteur-médecin, à Lokeren,
Van Meerbeeck, membre résidant de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines,
De Meyer, président de la Société médico-chirurgicale de Bruges,
Van Steenkiste, bibliothécaire de la même Société,
Wemaer, secrétaire de la même Société,
Le Poutre, docteur-médecin, à Poperinghe,
Bertin, docteur-médecin, à Hooglede,
Petit, chirurgien, à Watou,
Bulckens, secrétaire de la Société des Sciences médicales et naturelles de Malines,,
De Preter, docteur-médecin, à Putte.

Si vous avez procédé à un grand nombre d'admissions, la mort a, de son côté, aiguisé sa faulx dévastatrice pour venir vous enlever un des membres fondateurs de votre Société: M. le docteur Lacroix, qui avait été placé à la tête du service de santé de la maison de force de St-Bernard, et qui quoique jeune encore, avait rempli naguère les fonctions de médecin principal à

l'hôpital du camp de Beverloo, a succombé à une maladie du cerveau qui le minait depuis longtemps.

Tel est, messieurs, et honorés collègues, le résumé général de tous les tra- qui vous ont occupé et de tous les faits qui se sont accomplis dans le courant de l'année qui s'écoule aujourd'hui ; il vous paraîtra au premier abord que vos travaux auraient pu être plus multipliés, et qu'un plus grand nombre d'objets auraient pu être traités dans ce laps de temps ; mais lorsque vous ferez la part des circonstances dans lesquelles vous vous trouvez qui font qu'il vous est, en quelque sorte, impossible de vous réunir plus souvent que tous les mois, en été, et tous les deux mois, dans le fort de l'hiver, tant à cause de la distance qui vous sépare les uns des autres, qu'à cause du mauvais état des chemins que vous avez à parcourir, et des intempéries de la saison que vous avez à braver ; lorsque vous remarquerez encore que de ces dix séances que vous avez par an, il y en a une qui est consacrée au Compte-rendu de vos travaux et qu'une autre a été distraite de son but ordinaire, pour s'occuper d'un autre objet alors vous aurez certes à vous féliciter d'avoir utilement employé votre temps, et vous aurez tout lieu de vous convaincre que vos séances ont été bien occupées, et n'ont présenté aucune lacune.

Ces résultats importants, dont chacun de vous a sa juste part de coopération et de mérite, vous les devez en entier à *l'esprit d'association* qui vous a constitué : et en effet, le besoin d'association qui s'est fait sentir depuis un temps immémorial dans notre art, comme le prouve la Société de chirurgie de Bruges, dont l'existence remonte au quatorzième siècle, et plusieurs autres Sociétés de médecine d'une date plus éloignée encore, a puissamment contribué à faire progresser les études médicales dans notre patrie, et à donner à la médecine belge un caractère de nationalité, auquel il ne nous eut jamais été possible de parvenir en restant dans l'isolement et en nous condamnant ainsi à un véritable ostracisme médical.

Si vous voulez une preuve à l'appui de ce que je viens d'avancer, je vous rappellerai l'origine de *l'Académie de chirurgie de Paris ;* La Peyronie qui, le premier conçut l'idée de cette vaste association dont la France s'honora à si juste titre, eut pour parvenir à son noble but à surmonter des obstacles de toute nature, ce que l'on concevra facilement en considérant qu'à cette époque qui n'est guère plus éloignée de nous que d'un siècle, la chirurgie était tombée dans un tel état de décadence en France, que parmi les membres qui contribuèrent à constituer *l'Académie de chirurgie*, il s'en trouvait même quelques-uns qui savaient à peine lire, et qui, comme le rapporte un auteur qui s'est spécialement occupé de cet objet, étaient confondus dans une classe obscure d'artisans.

Et voyez cependant avec de pareils éléments où en est venu cette Académie savante? quels services signalés elle a rendus à la France? combien d'hommes illustres sont sortis de ses rangs,

Entre les principes fondamentaux des connaissances médicales, il n'en

est certes pas qui contribue davantage à en assurer les progrès , et à en étendre les bornes que le principe d'association. C'est lui qui établit des rapports entre les diverses branches de l'art de guérir ; c'est lui qui donne cette noble émulation pour l'étude et la pratique de notre art sans laquelle il est impossible d'exercer dignement la profession de médecin; c'est lui qui fait disparaître ces déplorables rivalités, j'oserais même dire, cet état de jalousie et de défiance entre les médecins; c'est lui qui forme ces liens si désirables entre les gens de l'art, et si profitables au malade et au médecin lui même; c'est enfin lui qui tend à anéantir cet industrialisme qui s'est emparé de la médecine et à flétrir ce charlatanisme éhonté, véritable lèpre qui ronge la société.

Tâchez donc de recueillir les fruits que vous avez semés, et que les liens scientifiques, l'union et la concorde qui n'ont cessé un moment d'être la base et le mobile de votre Société, loin de se relâcher, acquièrent par le temps plus de solidité, si la chose est possible, et chacun de vous, je le dis avec une conviction bien profonde, n'aura qu'à s'en applaudir.

Avant de terminer, messieurs, je crois être l'interprète de vos sentiments de reconnaissance et de gratitude en votant des remercîments à votre secrétaire pour la large part qu'il a prise à vos travaux, et pour l'activité et le zèle qu'il a deployés dans ses fonctions.

Je crois encore être votre fidèle interprète en votant des remercîments à tous les membres qui vous ont fait part d'observations ou de travaux résultats de leur pratique et de leurs méditations : j'engage ces mêmes membres ainsi que tous les autres présents à cette assemblée à continuer par la suite à vous faire parvenir ceux de leurs travaux qui pourront contribuer à concourrir au but de votre association et reculer les bornes des sciences médicales que vous cultivez avec tant d'ardeur.

Pour ma part il me reste à implorer de rechef votre indulgence, non-seulement pour la manière imparfaite dont je vous ai présenté ce rapport, mais encore pour tout ce qui se rattache à la gestion dont votre confiance et votre amitié m'ont investi; j'ose compter pour la mériter, sur le zèle, la bonne volonté et l'impartialité dont je crois avoir fait preuve ; je lis dans vos cœurs que cette bienveillante indulgence que vous m'avez accordée dans d'autres circonstances, ne me fera pas défaut en ce jour.

Je termine, messieurs et honorés confrères, en priant ceux de ces messieurs ici présents, qui font partie des Sociétés de médecine établies dans les grandes villes, et qui dans cette circonstance ont bien voulu me prêter une attention dont je crains d'avoir abusé, de bien vouloir se retracer à la mémoire qu'ils assistent ici à une séance générale d'une association médicale établie dans le plat-pays, et qu'éloignés des grands foyers d'instruction offrant des bibliothèques immenses, des vastes hôpitaux, des amphithéâtres, des cabinets divers, etc., il nous est impossible de dépasser certaines limites, et que vouloir davantage de nous serait rêver une chose matériellement impossible. Qu'il nous suffise en cette occurrence non-seulement d'avoir fait acte de bonne volonté, mais encore d'avoir pris dans le plat-pays l'initiative de réunions médicales régulièrement établies, pour

donner ainsi l'éveil aux autres communes rurales de la Belgique, y faire luire une nouvelle ère pour les études et les connaissances médicales, y faire respecter la dignité de notre profession, et y faire apprécier le véritable point de vue sous lequel elle doit être envisagée, objet si bien décrit dans les paroles suivantes du célèbre Hufeland, lesquelles devraient être le palladium et l'évangile de tous les médecins praticiens : « Adoucir les souf-
» frances des hommes ; jouir du bonheur ineffable d'être ici-bas leur aide,
» leur consolation. Voilà, ô mon Dieu, mon vœu le plus ardent ! permets
» qu'il vienne toucher mon âme aux jours de succès, de peines, de tribula-
» tions ; fais que j'y consacre ma vie toute entière ; fais que je prodigue à
» mes semblables des secours de joie et des consolations ! »

Willebroeck, le 12 juillet 1841.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

AVRIL 1841.

Ce numéro contient l'histoire d'une *Cystotomie périnéale* pratiquée chez un individu dont la portion prostatique de l'urètre était oblitérée; par M. le docteur VOTTEM, professeur à l'Université de Liége.

Ce rétrécissement datait de 25 ans : un premier obstacle fut détruit par une vingtaine de cautérisations d'après la méthode de Ducamp; au moment d'attaquer le second qui avait son siége vers la portion prostatique de l'urètre, une rétention d'urine se déclara : la ponction sus-pubienne de la vessie fut pratiquée; la sonde fut enlevée au bout de quinze jours, l'urine passant par la verge : neuf ans s'écoulèrent sans que le malade voulût se soumettre encore à un traitement quelconque. Une nouvelle rétention survint alors à la suite de l'apparition d'une tumeur indolente au périnée, assez volumineuse et fluctuante; son ouverture donna issue à beaucoup de pus et fit reconnaître que l'abcès avait son siége dans la prostate, la rétention continuant et le passage de la plus petite sonde étant impossible, la paracentèse vésicale fut pratiquée par M. Vottem; on dut laisser la sonde à demeure dans la plaie de l'hypogastre. Des douleurs vives survinrent deux ans après dans la vessie, on reconnut qu'elles étaient dues à la présence d'un calcul volumineux.

L'opération fut décidée et après de mûres réflexions, M. Vottem s'arrêta au procédé suivant.

Un cathéter fut introduit dans l'urètre jusqu'à la partie prostatique; l'incision de la peau fit arriver l'opérateur entre la prostate et le rectum que l'on déprima au moyen du doigt : la partie membraneuse apparut, on la divisa, et le cathéter fut mis à découvert; dès lors impossibilité de le faire entrer dans la vessie, pas plus que la sonde conique de Boyer, ce qui fit diagnostiquer par M. Vottem que la partie prostatique était oblitérée : il résolut aussitôt de pratiquer l'ouverture de la vessie dans son bas-fond; une sonde de Mayor y fut introduite par l'ouverture hypogastrique, on incisa la paroi vésicale sur le bec de la sonde, on coupa l'extrémité de celle-ci afin qu'elle pût servir à introduire le lithotôme ouvert au nº 18, puis les deux côtés du bas-fond de la vessie furent incisés : quatre calculs furent extraits pesant ensemble 4 onces.

Le malade guérit et jouit de la meilleure santé, portant une sonde hypogastrique depuis quatre ans sans en être sensiblement incommodé.

L'intérêt répandu dans cette observation, la rareté du cas qui en fait le sujet, le talent du professeur de Liége, tout nous fait une loi de recommander la lecture attentive du mémoire de M. Vottem ainsi que l'excellente analyse qu'en a donnée M. le docteur Binard.

—

De la cure radicale des hernies inguinales; par M. le docteur F. LUTENS (jeune), d'Anvers.

Dans ce mémoire, M. Lutens fait voir à ses confrères, qui ne l'auraient pas encore remarqué, que la méthode de M. Wutzer a été mal comprise en Belgique, qu'elle est insuffisante dans ses résultats et que les modifications que lui a fait subir M. le docteur Sotteau ne corrigent pas ses défauts : il appuye ses raisonnements de cinq observations qui lui sont propres et où il n'a eu à enregistrer que des insuccès.

Il conclut de ces faits :

1° Que la méthode de M. Wutzer ne réussit pas dans le traitement radical des hernies;

2° Que les téguments invaginés ne contractent que des adhérences momentanées ;

3° Que la peau se dédouble insensiblement et ne laisse plus de traces d'invaginations;

4° Qu'il est difficile de pouvoir obturer complétement les ouvertures du canal inguinal.

M. Lutens termine par signaler une guérison que M. Sotteau a obtenue par sa dernière méthode sur un individu sujet d'une de ses cinq observations et sur lequel lui, M. Lutens, avait appliqué deux fois infructueusement l'instrument de M. Wutzer.

—

MAI.

Observations autoplastiques; par M. le docteur A. BURGGRAEVE, de Gand.

La première est une restauration de la peau de la lèvre inférieure, du bas des joues, du menton et du cou, au moyen de la peau des épaules, pratiquée par l'auteur sur une petite fille de six ans, horriblement mutilée par suite d'une brûlure et de la cicatrisation vicieuse à laquelle elle avait donné lieu.

Cette brillante opération, couronnée du plus heureux succès, ne saurait être analysée dans notre journal, nous préférons renvoyer au mémoire même de M. Burggraeve; il a fallu dans cette opération :

1° Détacher la tête de ses adhérences avec la poitrine et dégager la lèvre inférieure;

2° Former des lambeaux;

3° Fixer les lambeaux dans le défaut des joues, de la lèvre inférieure, du menton et du cou.

Une planche représente la petite fille avant et après l'opération.

La seconde observation a pour titre : Rhinoplastie indienne ou réparation du nez au moyen de la peau du front, pratiquée sur un vieillard de 64 ans, qui depuis 20 ans souffrait d'une ulcération qui, partie de la pointe du nez, avait envahi successivement tout le dos de l'organe. L'opération fut exécutée en trois temps :

1er Avivement des bords de l'ulcère.

2e Formation du lambeau.

3e Fixation du lambeau.

Le succès répondit à l'espoir du médecin et du malade : la difformité, l'incommodité et les souffrances ont disparu.

—

Observation de luxation de l'avant-bras en avant; par M. le docteur Leva, d'Anvers.

La luxation de l'avant-bras en avant est regardée comme impossible par presque tous les auteurs; ils prétendent que s'il n'y a pas de fracture de l'olécrane, le déplacement des os de l'avant-bras en avant est impossible.

Le hasard a mis l'auteur à même de rencontrer ce genre de luxation; c'est ce qui fait le sujet de son observation.

—

Hémorrhagie traumatique de l'artère cubitale droite; ligature; dénudation des tendons ; guérison sans exfoliation; par M. le docteur Delhaye, de Montignies-sur-Roc.

Cette observation dont M. E. Meulewaeter rend compte, décèle un bon praticien; elle lui a valu le titre de membre correspondant de la Société.

—

JUIN.

Sur la luxation de l'extrémité supérieure du radius; par M. le docteur Staquet, de Gand.

Bien que signalée par Hippocrate, la luxation de l'extrémité supérieure du radius a été peu observée : les uns veulent qu'elle ne peut avoir lieu qu'en avant, d'autres qu'en arrière : parmi les partisans de cette dernière opinion, il en est qui admettent que le déplacement est complet, tandis que quelques-

uns pensent qu'il est souvent incomplet : M. Staquet cite les opinions, sur cette matière, de Boyer, Dupuytren, Astley Cooper, Chélius, Gerdy et Beaugrand.

Après cela l'auteur rapporte trois observations, deux de luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant et une en arrière.

Du mariage considéré dans ses rapports avec l'éducation physique des enfants; par M. le docteur Peetermans, de Seraing-sur-Meuse.

L'auteur voit la race humaine exposée dans l'ordre social actuel à la possibilité d'une dégradation lente, et son avenir livré aux caprices d'une passion aveugle. Pour parer à ces maux, il appelle de tous ses vœux une réforme de la législation sur le mariage qui lui paraît insuffisante.

Il a paru à la commission chargée d'examiner ce travail (MM. Dumont, Colson et Boddaert) dont nous empruntons ce qui précède, que les mariages anticipés sont trop rares pour pouvoir expliquer, par eux, l'affaiblissement que l'on remarque dans les générations actuelles, surtout dans les grandes villes, où une infinité d'autres causes concourent à amener ce résultat.

Néanmoins le mémoire de M. le docteur Peetermans est digne d'attention et fait honneur à ses sentiments philantropiques.

VARIÉTÉS.

EXTRAIT DU BULLETIN DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

SÉANCE DU 7 JUIN 1841.

Président : M. MEISSER.
Secrétaire : M. MARINUS.

La séance est ouverte par la lecture du procès-verbal de la séance précédent, qui est approuvé.

1° La Société confère à M. le docteur VAN ROOSBROECK, sur sa demande, le titre de membre honoraire en échange de celui de titulaire qui lui imposait des obligations auxquelles, dans sa position de professeur à la Faculté de médecine de Gand, il lui était très-difficile de satisfaire.

2° Le Secrétaire donne lecture d'une dépêche du gouvernement relative à une demande de subside pour la publication des mémoires de MM. les docteurs Decondé et Gouzée, honorés d'une médaille d'encouragement au derniers concours sur la question de l'ophthalmie de l'armée. — Après une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Dugniolle, De Losen, Lequime, Marinus, Gluge, Joly, Meisser et Daumerie, l'assemblée décide que le rapport général sur le concours, qui donne une idée assez large des travaux des concurrents, sera immédiatement livré à l'impression et publié dans les Annales, et que les mémoires de MM. Decondé et Gouzée seront déposés aux archives de la Société, en laissant toutefois aux auteurs la faculté d'en obtenir une copie et de les publier à leurs frais s'ils le jugent convenable, mais avec la condition expresse de n'y faire de changements que sous forme de notes et d'indiquer ces changements, ainsi que cela est d'usage dans toutes les Académies.

3° M. LEROY présente comme candidat à l'une des vacatures de membre titulaire, M. le docteur STAS, professeur de chimie à l'école militaire, membre de l'Académie royale de Bruxelles, etc.—Commissaires : MM Nollet, Meisser, et Leroy, rapporteur.

Ouvrages présentés.

4° Lancette française, Gazette des hôpitaux (19 numéros).
5° L'Esculape (5 numéros).
6° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (cahier d'avril 1841).
7° Mémoire sur l'empoisonnement par l'arsenic; par le docteur VANDEN BROECK, in-8°, 1841.
8° Recherches cliniques sur la phloridzine; par M. STAS.
9° Sur le véritable poids atomique du carbone; par MM. DUMAS et STAS.
10° Second mémoire sur les types chimiques; par les mêmes.
11° Description de quatre-vingt-dix-neuf fossiles du calcaire Jurassique; par MM. H. NYST et GALEOTTI.
12° Sur les coquilles fossiles; par H. NYST.
13° Notice sur une nouvelle espèce de moule trouvée à Anvers; par le même.
14° Notice sur un nouveau genre de coquilles de la famille des arcacées; par MM. H. NYST et GALEOTTI.
15° Recherches sur les coquilles fossiles de la province d'Anvers; par H. NYST.
16° Sur quelques points relatifs à l'ophthalmie de l'armée; par le docteur Decondé.
17° Éloge de Rubens; par M. DE KERCKHOVE, d'Exaerde, in-4°, 1840.
18° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (cahier de mai 1840).
19° Nederlandsch Lancet (numéro d'avril 1841).
20° Annales de la Société de médecine d'Anvers (année 1840, 2e livr.).
21° Journal des Connaissances médico-chirurgicales (numéro de mai 1841).
22° Essai sur la statistique de la Belgique, par HEUSCHLINGEN, et publié par PH. VANDERMAELEN (2e édition, in-8°, Bruxelles, 1841).
23° Compte-rendu des travaux du Conseil de salubrité de Liége.

Rapports.

24° M. DAUMERIE lit, au nom de M. ANDRÉ UYTTERHOEVEN, un rapport sur l'ouvrage de M. le chevalier AMMON, de Dresde, traitant de la *ténotomie*. — La Société ordonne l'impression de ce rapport, qui est une analyse très-intéressante de l'ouvrage.

25° Le Secrétaire lit, au nom de M. SEUTIN, un rapport favorable sur l'ouvrage de M. le docteur LACORBIÈRE, intitulé : « *Traité du froid, de son action intus et extra en hygiène, en médecine et en chirurgie.* » Le rapporteur n'ayant pris aucune conclusion, en son absence l'assemblée vote des remercîments à l'auteur de cet ouvrage, qui sera déposé à la bibliothèque.

M. Rieken fait les rapports suivants :

26° Rapport sur un mémoire de M. le docteur Jacobovies, sur l'*Anthrakokali*, nouveau médicament que l'auteur préconise contre les maladies cutanées. Conclusions : remercîments et dépôt à la bibliothèque. — Adopté.

27° Rapport sur les *Archives de médecine* publiées en Allemagne; par le docteur Haeser. M. Rieken signale entre autres un article de M. le docteur Roesch, sur l'emploi du calomel à hautes doses dans le typhus abdominal. —Conclusions : admission de M. Haeser au nombre des membres correspondants étrangers. — Adopté.

28° Rapport sur les Comptes-rendus du Conseil de salubrité de Zurich pour les années 1838 et 1839. — Conclusions : admission de M. le docteur Locher Balber, président du Conseil de salubrité de Zurich, en qualité de membre correspondant étranger. — Adopté.

29° Rapport sur l'ouvrage de M. le docteur James Clarck, membre correspondant à Londres, *sur l'influence des climats*. M. Rieken fait remarquer que l'auteur ne dit rien du climat de Wiesbade, qui, d'après MM. Richter et Puez, offre sous plusieurs rapports, de l'analogie avec celui de l'Italie. — Dépôt de l'ouvrage à la bibliothèque et remercîments.

30° M. De Losen fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Ramaugé, D.-M. à Paris, relatif à l'ophthalmologie. — Dépôt à la bibliothèque et remercîments.

31° Rapport du même sur plusieurs ouvrages de M. le docteur C.-J De Siebold, professeur d'accouchements à l'Université de Goettingue. — Conclusions : admission de M. De Siebold au nombre des membres correspondants étrangers. — Adopté.

32° M. Leroy fait un rapport sur la 1re livraison d'un ouvrage élémentaire de chimie que publie M. Louyet. — Dépôt à la bibliothèque et remercîments.

33° M. Mouremans lit un rapport sur une observation présentée par M. le docteur Debiefve, intitulée : Hypertrophie, dilatation anévrysmatique et ossification des valvules du cœur. » — Il est ensuite donné lecture de l'observation elle-même, qui, de l'aveu de l'auteur, n'est pas de lui et dont il fait du reste, une critique assez sévère. — La Société décide que M. Debiefve sera invité à lui présenter pour la séance prochaine un travail plus complet et mieux coordonné.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1841.

Président : M. Meisser.
Secrétaire : M. Marinus.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Ouvrages présentés.

1° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (cahier de mai 1841).

2° Annales et Bulletin de la Société de Sciences naturelles de Bruges (1re livraison, 3e année).

3° Annales de la Société de médecine d'Anvers (1re, 3e et 4e livraisons).

4° L'Examinateur médical (n° 1).

5° Journal de médecine et de chirurgie pratiques (cahier de juin 1841).

6° L'Esculape (nos 18 et 19).

7° Lancette française, Gazette des hôpitaux (nos 62-79).

8° Nederlandsch Lancet (nos de mai et juin 1841).

9° Journal des connaissances médico-chirurgicales (cahier de juin 1841).

10° Notice sur deux coquilles mexicaines, appartenant aux genres *Pupa* et *Helix*, par H. NYST.

11° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (nos 5 et 6).

12° Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation; par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, etc.— in-8°, Bordeaux, 1841.

13° Archives de la médecine belge (cahiers de mars et avril 1841).

14° Archief voor geneeskunde, door P. J. HEYE, D.-M. te Amsterdam (Eerste deel. Eerste en tweede stuk).

15° La Macrobiotique des yeux, ou l'Art de conserver la vue jusqu'à l'âge le plus avancé; par M. le docteur DE LOSEN DE SELTENHOFF. in-8°, Brux., 1841.

Rapports.

16° M. LANGLET, en son nom et en celui de M. Mouremans, donne lecture d'un rapport sur un mémoire présenté par M. le docteur SEUTIN, dans la séance du 6 juillet 1840, et intitulé : « *Sur la cure radicale des hernies inguinales réductibles et sur la réduction des hernies crurales.* » — Conclusions : Impression du mémoire dans les Annales de la Société.

MM. Joly, Marinus, Bigot, Dugniolle et Meisser présentent successivement quelques observations au sujet de ce rapport. Après une discussion prolongée, la Société vote l'impression du mémoire et du rapport dans ses Annales.

17° M. DAUMERIE donne lecture d'un second rapport sur le travail de M. le docteur DELHAYE, relatif à l'emploi de la belladone dans les irritations pulmonaires. Il y a dissidence d'opinions quant au mérite de ce mémoire entre les commissaires MM. Daumerie et Lequime. En conséquence, le travail de M. Delhaye et les deux rapports sont renvoyés à l'examen d'une nouvelle commission, composée de MM. Rieken, Dugniolle, et Mouremans, rapporteur.

18° M. MEISSER lit, en son nom et en celui de MM. Mouremans et Leroy, un rapport sur un mémoire intitulé : « *Notice sur le gisement et l'exploitation du diamant dans la province de Minas-Geraes au Brésil;* par S. B. J. DENIS, de Herve. — Conclusions : Admission de l'auteur au nombre des membres correspondants régnicoles. — Adopté. — L'assemblée ordonne en outre l'impression du rapport dans les Annales.

19° M. LANGLET fait un rapport sur une observation de syphilis consti-

tutionnelle, présentée par M. Marinus. — Impression dans les Annales de la Société.

20° M. Leroy, en son nom et en celui de MM. Nollet et Meisser, fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Stas dont il énumère les titres scientifiques, et propose l'admission comme membre titulaire. — Adopté.

Travaux manuscrits présentés.

21° Observations de médecine pratique sur l'emploi de la fougère mâle contre le ténia ; par M. le docteur Daumerie.—Commissaires : MM. Bigot, Dieudonné, et Marinus, rapporteur.

22° Mémoire sur l'emploi de l'assa-fœtida dans la coqueluche ; par M. le docteur Rieken. — Commissaires : MM. Dugniolle, Lequime, et Mouremans, rapporteur.

23° Kyste hydatique du foie ; suppuration ; guérison ; par M. le docteur Lequime.—Commissaires : MM. Daumerie, Rieken, et Meisser, rapporteur.

24° Note sur la pulvérisation du mercure doux ; par M. Leroy.—Commissaires : MM. Nollet, Meisser, et Stas, rappporteur.

25° Catalogue raisonné des ouvrages composant la bibliothèque de la Société, rédigé par M. Mouremans, bibliothécaire.

26° M. Marinus annonce qu'il présentera dans l'une des séances suivante le Compte-rendu des travaux de la Société depuis 1832, époque à laquelle a paru le dernier Compte-rendu, et dont il s'occupe en ce moment.

BIBLIOGRAPHIE.

Considérations générales sur les bains de mer; par Louis Verhaegen, d'Ipres.

Examen des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale de la hernie inguinale réductible; par Emmanuel, Achille, Nicolas Dethier, de Quiévrain.

Des moyens propres à arrêter les ravages de la petite-vérole ou de la vaccine et de la revaccination, envisagées sous leur rapport administratif; par M. H. Van Berchem, docteur en médecine et en accouchement, vaccinateur du canton sud de Malines (extra muros), membre de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères. — Bruxelles, Soc. Encycl. des Sciences méd., rue de Flandre, nº 155, (1841.)

Traité de physiologie. — *Histoire de la génération et du développement;* par M. le docteur Rodolphe Wagner, professeur à l'Université d'Erlangen, etc., etc., etc.; traduit de l'allemand, par Ad. Habets, docteur en médecine et en chirurgie, membre du Conseil de salubrité publique de la province de Liége; avec des additions communiquées par l'auteur. — Bruxelles, Soc. Encyclog. des Sc. méd., rue de Flandre, nº 155, (1841.)

Notice sur Thomas Montanus (Vanden Berghe); par M. le docteur De Meyer, chevalier de l'Ordre de Léopold, président de la Commission médicale de la province, chirurgien de l'hôpital St-Jean, professeur à la Maternité, etc. (Bruges, 1841.)

Traité abrégé de Docimasie ou résumé des leçons données à l'École des mines du Hainaut; accompagné de quinze planches de figures, dont treize coloriées avec le plus grand soin; Par M. Victor Vanden Broeck.

Des tableaux synoptiques, si utiles dans les sciences, m'ayant paru indispensables, dit M. Vanden Broeck, pour abréger et faciliter l'étude de la Docimasie, j'en ai adopté l'usage pour l'enseignement de cette branche.

Cette méthode a répondu à mon attente et je crois bien faire en publiant mon cours tel que je le donne à l'École des Mines du Hainaut.

Pour établir ce cours, j'ai mis à contribution les ouvrages les plus modernes ; et, pour que le dessein que je me suis proposé soit rempli, il me suffit d'être utile aux élèves des *écoles spéciales*, aux chefs d'*établissements métallurgiques*, aux *étudiants en médecine*, en un mot, à tous ceux auxquels la connaissance des réactions chimiques peut être de quelque utilité.

L'avantage qui me paraît résulter de cette publication, c'est qu'en peu de pages elle renferme tout ce qu'on doit connaître de l'analyse des substances minérales et qu'on ne trouve que disséminé dans de nombreux volumes.

Ce livre, qui pourra servir de *memorandum* à ceux qui savent et de guide commode à ceux qui apprennent, sera terminé par un tableau, extrait des tables de *Berzélius*, devant servir de base aux calculs nécessités par les analyses.

Conditions de la souscription.—Le Traité abrégé de Docimasie, imprimé en *caractères neufs*, formera un beau volume d'environ 500 pag., format très-grand in-8°, avec quinze planches dont treize coloriées; il paraîtra un mois après que le chiffre des souscriptions aura fait connaître à quel nombre d'exemplaires le tirage devra avoir lieu. Le prix de l'ouvrage sera de fr. 4, 50, pour les souscripteurs.

Nous rendrons compte incessamment de ces ouvrages.

— M. Ch. Philips, de Liége, docteur en chirurgie, vient d'être nommé, par le roi Louis-Philippe, chevalier de la Légion-d'Honneur.

« Je me félicite, a dit M. Villemain, en annonçant cette bonne nouvelle à notre compatriote, d'avoir à vous transmettre ce haut témoignage d'estime. La France ne regarde comme étrangère aucune des supériorités de la science, et vos travaux, déjà si honorablement appréciés, devaient fixer spécialement l'attention du gouvernement du roi. »

M. Philips est en ce moment à Marseille, où il doit s'embarquer pour les États-Unis.

— Le roi voulant donner un témoignage de satisfaction et de confiance à M. le docteur Van Roosbroeck, professeur d'ophthalmologie à l'université de Gand, vient de le nommer son médecin-oculiste. On sait que M. Van Roosbroeck a visité pendant deux ans les universités et les hôpitaux de l'Allemagne et notamment ceux de Berlin et de Vienne, et qu'il y a fait une étude spéciale et approfondie des maladies des yeux ; il a soutenu avec la plus grande distinction à Vienne des thèses qui lui ont mérité le titre de docteur en ophthalmologie.

— Notre jeune naturaliste-voyageur, J.-J. Linden, revenu depuis quelques mois d'un voyage scientique entrepris aux frais de l'Etat, dans les Indes occidentales et le Mexique, vient de partir de nouveau pour faire un voyage d'exploration dans les régions équinoxiales du Nouveau-Monde. Cet infatigable voyageur visitera successivement les républiques de Colombie et de l'Equateur. Ce zélé naturaliste, auquel la Belgique doit déjà l'introduction d'un grand nombre de plantes nouvelles, est chargé par le gouvernement d'expédier des collections d'histoire naturelle pour les musées de l'Etat.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

CATALOGUE ANALYTIQUE

DU CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE FONDÉ A L'HOPITAL SAINT-JEAN, A BRUXELLES.

C'est en 1836, que le Conseil général des hospices et secours de la ville de Bruxelles, prit une décision par laquelle il était enjoint aux médecins et chirurgiens en chef des hôpitaux de faire préparer par leurs élèves des pièces d'anatomie pathologique qui pourraient être de quelqu'utilité pour la Science : à cet effet, il porta un arrêté mémorable que nous transcrivons ici :

Extrait du registre des procès-verbaux des séances du Conseil général d'administration des Hospices et Secours de la ville de Bruxelles, séance du 25 novembre 1836.

Présents MM. Cattoir, Michiels, Powis, Glibert, Poot, Straetemans, Dumonceau membres, De Sartiges-d'Angles, secrétaire général ad interim.

Le Conseil, considérant que dans les hôpitaux Saint-Pierre et Saint-Jean, aux hospices de la Maternité et de l'Infirmerie, il n'existe aucune collection de pièces anatomiques et pathologiques, quoiqu'une telle collection soit tou-

jours utile pour faciliter les leçons de clinique ou d'accouchements, et souvent indispensable pour la démonstration ou l'explication de certains cas.

Considérant qu'il importe de ne négliger aucun des moyens qui tendent aux progrès de la science et de l'enseignement de l'art de guérir.

Vu les observations des médecins et chirurgiens en chef des établissements précités.

Sur la proposition et le rapport de M. Dumonceau.

A résolu :

Art. 1er. Il y aura dans les hôpitaux Saint-Pierre et Saint-Jean, et à l'hospice de la Maternité, un cabinet de pièces anatomiques et pathologiques et à l'hospice de l'Infirmerie, un cabinet de pièces pathologiques seulement.

Art. 2. Les chefs du service de santé des hôpitaux Saint-Pierre et Saint-Jean, indiqueront aux élèves attachés à leur service les pièces destinées à être conservées et à compléter la série des pièces anatomiques.

A l'hospice de la Maternité l'accoucheur en chef indiquera à l'élève interne les pièces anatomiques spécialement nécessaires à l'enseignement de l'art des accouchements.

Art. 3. Les chefs du service de santé des établissements précités ceux de l'hospice de l'Infirmerie indiqueront également à leurs élèves internes les pièces pathologiques remarquables et leur donneront l'ordre de les conserver.

Art. 4. L'ordre de conserver ou de ne pas conserver sera inscrit sur le registre des cas extraordinaires.

Art. 5. Ces pièces anatomiques et pathologiques seront préparées par les élèves internes sous la surveillance des chefs de service.

Art. 6. Les objets nécessaires à la préparation et à la conservation de ces pièces seront délivrés d'après une note signée du chef de service, soit par le Directeur soit par le Pharmacien de l'établissement.

Art. 7. Chaque pièce portera un n° d'ordre et sera rappelée sous ce n° dans un registre ad hoc, avec une courte description raisonnée ; ce même n° sera transcrit sur le registre des cas extraordinaires s'il y a lieu.

Indépendamment de ce n°, chaque pièce anatomique et pathologique, portera la dénomination qui lui est propre, le nom du préparateur et celui du chef de service par les soins duquel elle aura été recueillie.

Art. 8. Un élève interne désigné par le Conseil dans chaque établissement sera responsable de la garde et de la bonne conservation des pièces du cabinet, ainsi que de la tenue du registre mentionné à l'article 7.

Art. 9. Chaque année il sera fait un recensement des pièces conservées dans les cabinets.

Art. 10. Lorsqu'un cas pathologique extraordinaire se présentera dans un des établissements et que cette pièce se trouvera déjà dans le cabinet, le chef de service, avant de donner l'ordre de ne pas la conserver, s'informera aux différents établissements par l'entremise du Directeur ou autrement, si la pièce dont il s'agit existe dans leur cabinet respectif : et en cas de réponse négative il en fera faire immédiatement la remise à l'élève interne chargé de la garde du cabinet de ces établissements, en y joignant le n° du registre des cas extraordinaires sous lequel cette pièce y sera rappelée.

Art. 11. Ce registre indiquera l'établissement auquel cette pièce aura été

remise, ainsi que le n° qu'elle porte dans le cabinet où elle est conservée.

Art. 12. L'élève interne chargé de la garde du cabinet et qui aura reçu de la sorte une pièce pathologique, la préparera et lui donnera son n° d'ordre, qu'il transmettra à l'établissement d'où il l'aura reçue.

Cette pièce pathologique portera aussi dans le cabinet le n° du registre des cas extraordinaires de l'établissement où elle aura été recueillie, ainsi que le nom de cet établissement et l'indication du service.

Art. 13. L'élève interne chargé de la garde du cabinet acceptera toutes les pièces anatomiques et pathologiques, préparées par d'autres que par les élèves directement attachés à l'établissement, et qui en feraient don au cabinet.

Ces pièces indépendamment de leur n° d'ordre et de leur dénomination porteront aussi les noms des donateurs lesquels seront également inscrits au registre mentionné à l'article 7.

Art. 14. Tous les ans il y aura un concours des pièces anatomiques et pathologiques recueillies pendant l'année dans les divers établissements et données aux cabinets jusqu'à ce que les séries soient complètes.

Un jury nommé par le Conseil et dans lequel siégera un, au moins, des chefs de service de santé de chaque établissement, désignera la pièce anatomique, et celle pathologique la mieux conservée et la mieux préparée.

Art. 15. Une médaille sera donnée par le Conseil à chacun des préparateurs des deux pièces désignées par le jury. Mention sera faite de cette décision sur les pièces elles-mêmes dans le cabinet, ainsi que dans le registre mentionné à l'article 7, et s'il y a lieu dans les registres des cas extraordinaires, aux n^{os} qui y rappellent ces pièces.

Art. 16. Les cabinets des hôpitaux Saint-Pierre et Saint-Jean, et l'hospice de l'Infirmerie seront toujours ouverts aux étrangers, qui désireront les visiter, ils le seront deux fois par semaine, pendant une heure aux élèves de l'école de médecine.

(*Signé*) : Cattoir, Michiels, Powis, Poot, Bemelmans, Straetmans, et Dumonceau.

Pour extrait conforme,
Le Secrétaire-général ad interim,
DE SARTIGES-D'ANGLES.

Nous ne connaissons pas les collections de l'hôpital Saint-Pierre, de l'hospice de la Maternité et de celui des Vieillards : nous avons tout lieu d'espérer qu'elles ne le cèdent en rien à celle de l'hôpital Saint-Jean ; mais quelle que soit leur importance, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer hautement notre satisfaction à MM. les Docteurs Van Cutsem, médecin en chef, Uytterhoeven père, chirurgien-honoraire et surtout à M. André Uytterhoeven chirurgien en chef du dit hôpital, pour le zèle et l'activité qu'ils ont déployés à répondre aux sages intentions du Conseil des hospices : 300 pièces d'anatomie pathologique, préparées avec soin et conservées dans des bocaux éti-

quettés, portant un n° d'ordre, ont été recueillies en moins de cinq années.

Dans l'impossibilité où nous nous sommes trouvés d'établir un cadre nosologique propre à classer ces préparations et à les étudier, nous nous sommes bornés à former un catalogue par ordre alphabétique, où dans un même groupe nous avons rangé toutes les pièces anatomiques qui s'y rapportaient. Scientifiquement, il laisse beaucoup à désirer, mais la facilité qu'il offre pour les recherches nous fait espérer que nous avons atteint notre but.

ABCÈS.

N° 232. — *Abcès de l'œil; perte complète de cet organe.*

Corneille Halemans, âgé de 19 ans, journalier, entra à l'hôpital St-Jean le 24 janvier 1839, et y succomba le 27 mars de la même année; d'un tempérament excessivement lymphatique, et d'une faible constitution; il ressentit, il y a trois semaines, un frisson suivi de chaleur et de transpiration; bientôt après, il survint de la douleur dans l'œil gauche et de la photophobie; les paupières de ce côté se gonflèrent, devinrent rouges et congestionnées; bientôt il y eut cécité par le rapprochement invincible de ces paupières, enfin la suppuration s'établit, et un pus crémeux commença à couler. A l'entrée du malade, l'œil gauche était enflammé; avec ses adhérences, il formait une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde; les paupières étaient d'un rouge-livide, douloureuses à la pression, œdématiées, collées ensemble par du mucoso-pus : derrière l'inférieure se trouvait un abcès dont on fit écouler le pus par la pression. Le globe oculaire était gonflé, proéminent, poussé hors de l'orbite : on fit d'abord quelques mouchetures dans le sens des fibres de l'orbiculaire, pour dégorger ces parties; mais elles produisirent peu de succès, car la conjonctive oculaire s'enflamma à son tour; il se forma un chémosis; l'œil devint de plus en plus proéminent. On supposa que le pus provenait du coussinet graisseux qui tapisse le fond de l'orbite. On incisa le *chémosis*.

Le 27 janvier, la maladie a fait des progrès; la pupille est très-irritable; on reconnaît de la fluctuation à la partie externe du globe de l'œil. — On ordonne l'extrait thébaïque avec le calomel.

Le 29, tache blanchâtre au centre de la cornée, cette tache paraît être une eschare. Les humeurs de l'œil ne semblent pas altérées; la suppuration s'établit à la partie externe du globe de l'œil. — Même traitement, c'est-à-dire calomel et extr. théb. Quelques jours après l'eschare qui était sur la cornée, se détache, l'humeur aqueuse se précipite par l'ouverture, après quoi le trou est bouché par un point blanchâtre globuleux; bientôt une membrane fine, de nature séreuse, traverse ce trou, et vient faire hernie; on suppose une hernie de l'iris. — On ordonne l'onguent de Jannin avec l'extrait de belladone.

Le 2 février, à la suite du lavage des salles, frisson, suivi de chaleur et de sueur; pouls dur, fréquent; la paupière supérieure devient rouge, érysipélateuse et sensible à la pression. On voit deux ulcérations dans la con-

jonctive oculaire au-dessous de la cornée : l'iris fait hernie. — Émollients. Il se déclare aussi une périostite aiguë du tibia gauche.

Quelques jours après il se manifeste des symptômes d'embarras gastrique; la peau du front devient tendue, rouge, luisante, très-douloureuse. Ces symptômes se continuent pendant deux ou trois jours. On diagnostique une *péricranite* avec gastro-entéro-colite. — On recourt aux émollients et à la diète. L'œil est complétement perdu; l'iris fait toujours hernie; suppuration; paupières tuméfiées, d'une rougeur livide.

Le 8, il s'était formé sur le front une tache blanchâtre, cette tache, deux jours après, se convertit en une eschare de la largeur d'un franc. Les parties qui environnnent cette eschare sont d'un rouge-violacé. On ne peut pas diagnostiquer cette singulière affection. — Pansement sec.

Les jours suivants de nouvelles eschares se forment encore, se détachent, après elles, des ulcères pâles, blafards paraissent; le périoste reste sain; fièvre; diarrhée; douleur abdominale.

Ne pouvant, dans un cadre aussi restreint, suivre les progrès de cette gangrène, qui finit par envahir tout le cuir chevelu, et emporter le malade, je vais décrire d'une manière générale, cette singulière affection.

La formation de la pustule, de l'eschare, et sa chute se firent en trois jours. Le premier jour apparurent en un endroit quelconque du cuir chevelu, une ou plusieurs taches circulaires, d'un rouge-brun et d'une grandeur variable : à l'endroit où les taches se manifestèrent, il y avait de la douleur et de la tuméfaction. Le deuxième jour, l'uniformité de la couleur rouge-brunâtre fut interrompue, par le développement de pustules livides, plombées, en plus ou moins grand nombre, et d'une grosseur variable; si on ouvrait les pustules il en sortait une matière soit sanieuse, soit puriforme : dans ce dernier cas, les pustules avaient une nuance blanchâtre. Le troisième jour, le tissu recouvert par les pustules, tomba gangréné, et l'eschare qui en résulta, se détacha très-vite; les ulcères consécutifs à la chute des eschares, étaient pâles, et fournissaient un pus de bonne nature. Cette affection toute locale, était accompagnée de fièvre hectique, de diarrhée, d'anorexie, de douleurs dans les jambes; l'œil droit se conserva sain jusqu'à la mort : quant à l'œil gauche, nous ne savons ce qui lui advint. — Le traitement appliqué dans ce cas, fut des plus variés.

Pour traitement *local* on eut recours : 1° à un onguent avec le proto-iodure de mercure; 2° au mucilage camphré de Plenck; 3° à l'onguent d'althœa-camphré; 4° à un onguent ayant pour base la *suie*.

Le traitement *général* fut aussi très-varié, on donna : 1° les émollients; 2° le calomel; 3° l'huile de foie de morue; 4° le sulfate de quinine; 5° l'absinthe; 6° l'iodure de fer. Aucun traitement, hormis la *suie* à l'extérieur, n'eut le moindre succès, la plupart devaient être suspendus à cause qu'ils n'étaient pas supportés.

A l'autopsie, les os du crâne ne présentèrent nulle altération. Toute l'altération se trouvait dans la peau et le tissu cellulaire. (J. Thiry (1).)

(1) Le nom placé entre parenthèses indique celui de l'élève auquel la préparation est due ou celui du donateur.

N° 280. — *Disparition complète de l'œil, suite d'abcès ou fonte suppurative.*

L'individu dont il s'agit a eu, dix ans avant sa mort, un abcès de l'œil; on y fit une ponction, il suppura assez longtemps, enfin il fut cicatrisé.

Toutes les membranes de l'œil, tous les tissus sont réunis et confondus en un seul bourrelet fibreux, retiré à l'extrémité du nerf optique, qu'il semble coiffer. (BOUGARD.)

N° 235. — *Abcès du cerveau siégeant dans l'hémisphère gauche.*

Cet abcès se trouve à la partie médiane latérale interne de l'hémisphère gauche, quelques lignes au-dessus du ventricule; le pus était jaunâtre, la cavité qui le contenait, n'était tapissée par aucune membrane de formation nouvelle, comme on pourra s'en convaincre par l'aspect de la pièce, où on voit une cavité très-irrégulière semblable à un détritus. Il est probable que cet abcès n'était rien autre que le résultat de la suppuration du noyau apoplectique. La substance cérébrale était fortement ramollie; les vaisseaux arachnoïdiens et cérébraux fortement injectés.

Vermoes Jean, âgé de 52 ans, vitrier, d'un tempérament sanguin et d'une constitution détériorée, entra au service de médecine de l'hôpital St-Jean en janvier 1839.

Depuis plusieurs années il avait offert des symptômes d'une hypertrophie du cœur, pour laquelle il n'avait jamais pris aucun soin. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait éprouvé tous les symptômes d'une violente hypérémie cérébrale; et depuis cinq jours, la paralysie s'était déclarée: elle consistait dans une hémiplégie droite complète. Traité pendant quelque temps sans le moindre succès, ses facultés intellectuelles déjà beaucoup altérées, s'altérèrent encore davantage; il tomba en démence, et il fut envoyé au dépôt d'aliénés, où il vécut jusqu'au mois de mai 1839. Cet homme avant sa maladie avait toujours été adonné aux boissons alcooliques.

(J. THIRY.)

ADHÉRENCE.

N° 225. — *Adhérence de l'épiploon aux parois abdominales.*

Adhérence solide, fibreuse, dans cinq pouces d'étendue entre la partie flottante du grand épiploon et le péritoine des parois abdominales. Cette adhérence linéaire, transversale se trouve à gauche au niveau de l'ombilic.

N. B. La malade n'a jamais souffert du côté du ventre.

(V. POURCELET.)

ANEVRYSMES.

N°284. — *Anévrysme de l'artère poplitée ; ligature ; guérison ; mort accidentelle cinq ans aprés.*

Le nommé Matheys fut affecté en 1835 d'un anévrysme de l'artère poplitée qui, en cinq ou six mois, avait acquis le volume du poing. Il consulta un chirurgien distingué de la capitale qui lui proposa la ligature de l'artère crurale ; il y consentit et elle fut pratiquée d'après la méthode de Hunter. Pendant l'opération, un aide voulant séparer l'artère de la veine avec une sonde cannelée, déchira celle-ci ; l'hémorrhagie gêna l'opérateur, mais il ne s'en suivit aucun accident, et le malade guérit parfaitement bien et en peu de temps. Il était entré à l'hôpital le 6 août 1840, atteint d'une plaie pénétrante de l'articulation du coude, qui occasionna sa mort.

La moitié du bassin, toute la cuisse et la partie supérieure de la jambe forment cette pièce. Tous les muscles de la cuisse sont conservés, ainsi que les artères injectées en rouge. La cicatrice existe à la partie moyenne de la cuisse, longue de 4 à 5 pouces, formant un cordon fibreux de la grosseur du petit doigt, où il est impossible de distinguer la veine de l'artère. Les artères naissant de la crurale supérieure sont très-dilatées à l'endroit de la ligature surtout la fémorale profonde, puis la perforente supérieure dont l'une des branches vient communiquer avec la poplitée, un pouce au-dessous de l'ouverture aponévrotique du grand oblique ; malgré cette large communication, l'anévrysme est parfaitement guéri.

Une particularité se présente encore ici, c'est le développement d'une artériole au milieu du nerf sciatique. (Bougard et Henriette.)

No 294. — *Anévrysme du tronc cœliaque ; mort subite.*

Au mois de janvier 1841, on apporta à l'hôpital le nommé Guyot ; il expira en arrivant. Cet individu était âgé d'environ 50 ans ; en traversant le Marché-aux-herbes, il était tombé sans connaissance en vomissant des flots de sang ; il expira, dix minutes après, en entrant à l'hôpital.

Autopsie. — On trouva qu'un anévrysme développé aux divisions du tronc cœliaque, avait contracté des adhérences avec l'intestin duodénum à un pouce du pylore. C'est en cet endroit que la tumeur s'ouvrit. l'ouverture avait environ 2 lignes de diamètre, et était arrondie ; l'intestin, l'estomac, étaient remplis de sang et fortement distendus. Il y avait en outre une hypertrophie du ventricule gauche du cœur ; un emphysème pulmonaire, vésiculaire, et rupture de plusieurs vésicules ; léger épanchement séreux-sanguin dans les plèvres.

La pièce représente le tronc cœliaque, la tumeur anévrysmale et une portion du duodénum.

L'artère aorte présentait une hypertrophie de ses parois qui étaient presque cartilagineuses. Il en est de même du tronc cœliaque ; la tumeur com-

mence à ses divisions; ses parois sont minces et plus résistantes; elle est divisée en plusieurs loges qui communiquent entr'elles; quelques-unes sont remplies de concrétions fibrineuses anciennes, d'autres de caillots sanguins; l'une d'elles s'ouvre dans l'intestin duodénum par une ouverture de deux lignes. (BOUGARD.)

ANKYLOSE.

N° 241. — *Ankylose de l'articulation scapulo-humérale.*

Un individu, mort phthisique à l'hôpital St-Jean, fut destiné aux démonstrations chirurgicales lors des examens du jury. J'ai remarqué cette ankylose et je me suis emparé du membre; je n'ai pu connaître l'histoire de cette altération.

Les muscles de l'épaule étaient atrophiés; la capsule articulaire existait encore, mais sa surface interne était sèche et nullement lubréfiée par de la synovie.

Les surfaces articulaires sont intimement soudées, et tout mouvement est impossible, cependant on voit encore la ligne de démarcation de ces deux os. Ils ne paraissent pas altérés dans leur texture. (J. BOUGARD.)

ANOMALIES.

N° 55. — *Estomac avec appendice.*

Trouvé chez un phthisique.

Cet estomac suspendu par ses orifices, offre le long de sa petite courbure une espèce d'appendice vermiforme, long de trois pouces, ayant un pouce de diamètre. Son organisation est la même que celle de l'estomac.

Muqueuse stomacale brunâtre, ramollie. (V. POURCELET.)

N° 65. — *Double valvule iléo-cœcale.*

Guillaume Decuyper, âgé de 38 ans, mort en décembre 1837, offrait une anomalie singulière : à un mètre au-dessus de la valvule de Bauhin et quatre mètres au-dessous du pylore se trouvait une valvule en tout semblable à la première, accompagnée de son cœcum et de son appendice vermiforme ou iléo-cœcal; ce dernier avait huit centimètres de longueur et permettait avec facilité l'introduction du doigt médius. La seule différence entre ce cœcum surnuméraire et l'autre, c'est qu'il ne présentait point les trois rangées de bandelettes longitudinales qui concourent à former le gros intestin. (V. POURCELET.)

N° 277. — *Anus anormal.*

L'observation de hernie étranglée, qui a occasionné l'anus anormal de la

nommée. . . . . . . , âgée de. . , est consignée dans le registre d'observations cliniques. Il est dit qu'elle entra à l'hôpital atteinte de hernie étranglée, et que déjà l'intestin était gangréné; une ouverture suffit donc pour établir l'anus anormal.

La patiente sortit de l'hôpital dans de très-bonnes conditions; les 3/4 des excréments sortaient par l'ouverture anormale, 1/4 passait dans le bout inférieur, elle avait une selle tous les deux ou trois jours, mais au bout d'un certain temps, il survint de l'amaigrissement, et elle rentra à l'hôpital pour y succomber dans le marasme.

L'anus anormal existait à l'anneau crural gauche; cet anneau et les environs sont conservés. En avant, on remarque les deux ouvertures intestinales séparées par l'éperon qui s'avance jusqu'au niveau des parois abdominales, de sorte que les excréments ont bien plus de tendance à se porter au dehors qu'à passer dans le bout inférieur. En arrière, on voit l'intestin plié sur lui-même, et formant un angle aigu.

N° 111. — *Coloration anormale du rein droit.*

Le rein gauche offrait la même altération. Ils furent trouvés chez une vieille femme, qui succomba à la suite d'affection organique du cœur, avec hydropisie générale, et qui n'avait présenté aucun symptôme qui pût faire présumer une altération des reins. (Simonart.)

N° 255. — *Éminence de la lèvre gauche de la gouttière basilaire chez une aliénée.*

Patteur Élisabeth-Jeanne, pensionnaire des hospices-réunis, âgée de 70 ans, entra au dépôt d'aliénés le 12 octobre 1839, atteinte de monomanie. Elle se croyait bien malade et pensait qu'il n'y avait plus de remède à ses maux; elle ne voulait pas répondre aux questions qu'on lui faisait, concernant son état maladif; profonde mélancolie; enfin elle ne voulut plus ingérer le moindre aliment; la prière, la menace, la force, la contrainte, la douche, ne purent la faire changer de résolution : elle expira le 28.

La partie supérieure de la lèvre gauche de la gouttière basilaire présente une éminence très-considérable, comparée à la droite : le côté gauche de la base du crâne offre plusieurs irrégularités de développement. Le cerveau ne présentait aucune altération appréciable. (J. Bougard.)

N° 257. — *Défaut de symétrie dans le développement de la base du crâne chez un aliéné.*

Heyders Augustin, âgée de 60 ans environ, demeurant à Halsemberg, entra au dépôt d'aliénés le 23 septembre 1839, atteint de démence sénile et de brûlure au 6e degré aux orteils et au 4e au reste des deux pieds; les phalanges se sont détachées. La sensibilité est presqu'éteinte chez cet individu. Je ne

pus me procurer des renseignements sur le début, la marche, etc., de son aliénation.

Il est mort subitement le 3 octobre.

L'autopsie ne fit rien découvrir de particulier.

La partie gauche de la gouttière basilaire présente un développement, une éminence plus considérable que la droite. Toutes les éminences de la partie gauche de la base du crâne, sont plus saillantes que celles du côté opposé. (J. Bougard.)

N° 296. — *Absence du rectum.*

L'enfant qui fait le sujet de l'observation, a été présenté par M. A. Uytterhoeven. Au moment de la naissance on ne s'aperçut d'aucune anomalie; ce n'est que le deuxième jour, en ne voyant pas s'écouler le méconium, que l'on trouva que par suite d'absence de l'anus, il existait une imperforation complète. Le ventre se bâlonna, se durcit, l'enfant ne cessait de jeter des cris; l'on décida de procéder à l'opération de l'anus artificiel. On fit une incision à l'endroit où la nature avait omis de le produire, mais au grand étonnement, aucune matière ne s'en écoula, le stylet fut introduit assez profondément, mais toujours sans aucun résultat.

L'enfant ayant vécu trois jours dans cet état qui devint de plus en plus alarmant, expira le 4e au matin. C'est alors que M. Semal, accoucheur, a engagé les parents à nous le confier pour en faire l'autopsie.

La pièce est composée du bassin en entier, de l'extrémité inférieure de l'intestin colon et de la vessie. En poursuivant la terminaison de cet intestin, l'on trouve qu'il se rétrécit insensiblement pour prendre une adhérence solide avec la vessie sur une partie de son côté gauche, et en même temps à la face interne de la symphise du pubis.

Quoique la complète union avec le réservoir de l'urine existe, il n'y a pas de communication entr'eux.

L'intestin est considérablement développé et distendu par la présence du méconium qui, ne trouvant pas d'issue, y est resté accumulé. La vessie est remplie d'urine.

Les parties génitales, la verge surtout, présentent un développement extraordinaire. (J. Redemans.)

ANTHRAX.

N° 168. — *Anthrax* (*période de cicatrisation*).

Anthrax, situé à la lombe droite, arrivé au vingt-quatrième jour, à surface blafarde, couverte çà et là encore de détritus gangréneux noirâtre.

André Smets, âgé 79 ans, né à Puers, constitution délabrée, sanguine, couvert de crasse et de misère, rabougri, entra le 27 novembre 1838, se disant malade depuis quatre jours, et présentant des symptômes de gastro-céphalite aiguë, une éruption prurigineuse générale, et au dos de gros et nom-

breux furoncles ; la fièvre est vive, le malade ne se plaint pas du côté des reins ni du côté des urines. Quatre saignées lui sont pratiquées, diète sévère, etc. — 10 décembre, amendement, état de démence; douleur lombaire assez vive, nous y découvrons un vaste anthrax, déjà couvert de plusieurs eschares gangréneuses; il est incisé profondément en croix. — 20, les eschares se détachent; plaie blafarde; œdème des extrémités inférieures; il digère le 1/4 maigre. 25, œdème plus prononcé, anasarque, oppression vive, symptômes d'hydrothorax, éruption brunâtre, par petites tâches comme pétéchiales sur les membres inférieurs, aspect livide de l'anthrax; léger état fébrile. — 28, dyspnée très-prononcée; infiltration générale rapide; décomposition des traits et mort le 30. (SIMONART.)

ATROPHIE.

N° 34. — *Atrophie du poumon.*

Jean Gosbil, âgé de 35 ans, sanguin, stature colossale, ex-tambour-major, entré le 24 novembre 1837, affecté de pleuro-pneumonie aiguë, mort le 1er février 1838, la maladie ayant passé à l'état chronique.

Plèvre épaissie et recouverte de membranes fibreuses ou de substance amorphe; poumon gauche refoulé contre la colonne vertébrale par l'empyème, compact, s'enfonçant dans l'eau, de l'épaisseur d'une pièce de cinq francs. La macération l'a rendu plus épais. (V. POURCELET.)

N° 105. — *Atrophie du rein gauche, vaste kyste rénal.*

Trouvé chez une femme de 40 ans qui succomba à la suite d'un cancer utérin; elle n'a jamais eu de maladie des voies urinaires.

La substance du rein a presque complétement disparu, atrophie blanchâtre; cet organe est converti en un kyste à parois épaisses et fibreuses; ce dernier contenait une matière sémi-liquide comme caséeuse. Le droit était hypertrophié. (V. POURCELET.)

N° 106. — *Atrophie du rein gauche. Hypertrophie, dégénérescence tuberculeuse, concrétions calculeuses contenues dans des cellules du rein droit.*

Barbe Baudewyns, âgée de 68 ans, atteinte de gastrite chronique à laquelle elle succomba, n'a jamais présenté aucun symptôme de maladie des voies urinaires. (V. POURCELET).

N° 271. — *Atrophie de la rate.*

L'individu sur lequel je trouvai cette rate, était atteint d'un cancer du pylore et en avait présenté tous les symptômes pendant la vie.

Cette rate a tout au plus la moitié du volume ordinaire, son tissu est extrêmement ramolli et vide de sang. (HENRIETTE.)

BRIDE.

N° 144. — *Bride fibreuse, formée au-dessus de la vraie cicatrice d'un bubon.*

Cette pièce pathologique provient de la cicatrisation d'un bubon ulcéré il y a 20 ans, dont était porteur le nommé Fidèle Joseph Molitoo.
(V. POURCELET.)

CARIES.

N° 242. — *Carie des vertèbres dorsales.*

Le corps de deux vertèbres est à moitié usé par la carie, surtout à leur partie antérieure, ce qui faisait exécuter une flexion très-forte à la colonne. D'autres vertèbres moins altérées, sont réunies à deux au moyen de jetées osseuses très-résistantes, partant des parties latérales du corps même des vertèbres. (BOUGARD.)

N° 244. — *Carie du fémur et du tibia des deux membres.*

Les surfaces articulaires sont dépouillées de leurs fibro-cartilages, le tissu des os même est altéré par la carie.

L'historique est le même que celui de toutes les tumeurs blanches. Le malade a succombé dans le marasme. (BOUGARD.)

N° 248. — *Carie des os du tarse.*

Une demoiselle de 20 ans, morte dans les salles de médecine, à la suite de phthisie pulmonaire, présentait cette variété de pied bot congénial, dans laquelle la pointe du pied est fortement portée en dedans. Le pied gauche seul offrait cette affection; les os du tarse se sont cariés dès son *enfance.*

Les os cunéiformes, le scaphoïde et le cuboïde sont comme fondus et soudés entr'eux, formant une masse informe et n'ayant rien de leur aspect primitif, le 2e métatarsien est soudé à cette masse, le 3e et le 4e sont cariés et très-altérés. Le calcanéum est également carié, le tibia et le péroné présentent des espèces de végétations osseuses dans toute leur longueur. (BOUGARD.)

N° 249. — *Carie des os du carpe de la main droite.*

Vandenbrouck Catherine, lavandière, âgée de 40 ans, et mère de quatre

enfants, entra à l'hôpital le 22 mai 1839, atteinte de carie des os du carpe de la main droite.

Il y a environ treize mois qu'en maniant une cuvelle, elle ressentit une douleur très-vive dans la main en même temps qu'elle entendit un craquement très-fort. Le lendemain elle remarqua qu'une petite tuméfaction était survenue sur le dos de la main; elle y mit des émollients et resta au repos; la douleur se passa momentanément, mais lorsqu'elle reprenait son travail, elle se faisait sentir de nouveau, enfin elle fut continue. La tumeur augmenta à son tour et s'abcéda cinq mois après son entrée à l'hôpital. Pendant son séjour dans cet établissement, elle fut soumise aux préparations d'iode; le mal ne cessa d'empirer, et l'on dut recourir à l'amputation le 1er juillet 1839. Les os furent sciés vers la partie supérieure du tiers moyen de l'avant-bras. On réunit au moyen de bandelettes agglutinatives. Il ne survint aucune réaction; au bout de quelques jours, l'appétit revint, le sommeil fut parfait; le 4, on enleva l'appareil; il y avait réunion immédiate, excepté à l'endroit qu'occupent les ligatures. Le 8, la malade se leva. Le 14, les ligatures tombèrent. Le 20, la cicatrisation fut parfaite, et l'on débarrassa le moignon de tout appareil; elle gagna une affection psorique qui la retint encore quelque temps à l'hôpital.

Tous les os du carpe sont cariés, diminués considérablement de volume, il en est même qui ont presqu'entièrement disparu, tel que le trapézoïde. Les extrémités carpiennes des os du métacarpe présentent les jetées osseuses communes aux os placés dans le voisinages des caries, il en est de même du cubitus et du radius, ils ne sont cependant pas cariés.

(Bougard.)

N° 254. — *Carie du fémur et du tibia.*

Demaret Pierre, cocher, âgé de 67 ans, entra à l'hôpital St-Jean le 1er juillet 1839, atteint de carie de la partie inférieure et moyenne du fémur droit. La suppuration fut toujours excessivement abondante, elle s'échappait par une ouverture située à la partie moyenne du membre; le pus stagnait dans un cul-de-sac placé un peu au-dessus du genou; on pratiqua une contre-ouverture. Plus tard il survint un abcès à la partie supérieure externe de la jambe; l'ouverture au moyen de la potasse caustique, permit de reconnaître la carie du tibia; l'articulation resta intacte. L'abondance de la suppuration, les douleurs vives que le malade éprouvait, amenèrent un amaigrissement progressif, et il expira dans le plus grand marasme le 24 août suivant.

Le fémur est carié dans toute sa longueur; à différents endroits séparés par des espaces sains, il présente des jetées, des productions osseuses ordinaires aux os cariés. Le tibia présente la carie à sa partie supérieure externe, elle est très-limitée. (Bougard.)

N° 259. — *Carie du sternum.*

Une demoiselle de 25 ans, d'une constitution lymphatique, présentait une

carie du sternum, depuis plusieurs années, qui donnait peu de suppuration, cette affection n'altérait nullement sa santé. Elle entra dans les salles de médecine et y mourut de phthisie pulmonaire en octobre 1859.

Le sternum est carié à l'union de la première pièce avec la seconde, il y a solution de continuité, et les extrémités cariées se terminent en pointe.

(Bougard.)

N° 265. — *Carie de la portion pierreuse du temporal.*

Meunier Melchior, tisserand, âgé de 18 ans, d'une constitution chétive et détériorée, était affecté de la teigne depuis son enfance, lorsqu'à l'âge de 16 ans, un empirique l'en débarrassa au moyen de la calotte de poix.

Peu de temps après on s'aperçut que sa santé s'altérait considérablement; il était devenu triste, morose; des douleurs vagues se faisaient sentir dans différentes parties du corps, l'appétit et le sommeil disparaissaient. A ces symptômes se joignit une douleur sourde, fixe, permanente, ayant pour siége l'oreille gauche.

Trois mois environ après la répercussion de la teigne, il se manifesta subitement des accidents dépendants de la compression des viscères encéphaliques (hémiplégie du côté droit, mouvements de la langue embarrassés, intelligence et sensibilité conservées). On crut à l'existence d'une apoplexie, et un traitement antiphlogistique énergique fut ordonné, il n'apporta aucune amélioration dans l'état du malade.

Quatre semaines après cet accident, il se forma à l'extérieur, à l'endroit où depuis longtemps il existait une douleur fixe, une tumeur molle, fluctuante, peu douloureuse, qui finit par s'abcéder et s'ouvrir spontanément en fournissant une quantité de pus considérable. Dès ce moment les symptômes de compression cessèrent en partie, le malade reprit son travail habituel.

Un an environ se passa pendant lequel ce jeune homme jouit d'une santé assez satisfaisante; mais au bout de ce temps, la suppuration devint plus abondante, et un amaigrissement rapide s'en suivit. La gêne des mouvements de la partie droite du corps loin de diminuer augmenta insensiblement. Il fut alors admis dans les salles de chirurgie de l'hôpital St-Jean, le 19 décembre 1859.

A son entrée, trois ouvertures fistuleuses donnaient issue à une suppuration abondante et d'une fétidité remarquable, une supérieure au conduit auditif, une autre postérieure et la troisième par ce conduit même à travers la membrane du tympan perforée.

Un stylet introduit par l'ouverture postérieure, fit reconnaître l'altération éprouvée par la partie pierreuse du temporal, la carie et la perforation; de la pointe de l'instrument on touchait les membranes encéphaliques.

Traitement. — On chercha à rappeler l'irritation du cuir chevelu en y appliquant l'emplâtre de Janin. On lui administra une décoction de quinquina à l'intérieur; l'irritation des voies digestives fit bientôt cesser l'usage des toniques.

Le 27, douleurs vives dans la tête, le malade ne peut supporter la lumière, la surdité augmente, etc.

Le 2 février, état comateux, sensibilité exaltée, plus tard convulsions alternant avec le coma, respiration stertoreuse, cris plaintifs.

Prescription. — Application d'un vésicatoire sur la tête, lavement excitant, etc. La mort survint le 7.

Carie du rocher. — La face postérieure de cet os présente deux ouvertures de 2 lignes de diamètre environ et communiquant avec l'oreille moyenne et interne ; leurs bords offrent les caractères ordinaires de la carie. Sur la face supérieure existe également une ouverture de la grandeur d'un franc, aboutissant aussi à l'oreille moyenne. La perforation du temporal au niveau des cellules mastoïdiennes, faisait communiquer toutes ces perforations avec l'extérieur, de sorte que les méninges étaient pour ainsi dire dénudées.

Voyez pour les altérations des méninges et du cerveau correspondant au rocher, la pièce 264.

L'ouverture du crâne nous permit de constater l'hypérémie du cerveau et de ses membranes, sans traces bien évidentes d'inflammation.

Les ventricules cérébraux étaient énormément dilatés, et contenaient environ 3 onces de sérosité très-limpide.

Les tissus qui avoisinaient la carie étaient lardacés. (BOUGARD.)

N° 297. — *Carie des os du carpe de la main gauche.*

Un homme, cocher de son état, entra dans les salles de médecine au mois de janvier 1841, atteint de tubercules pulmonaires à l'état de suppuration. Une nouvelle fâcheuse qu'on lui fit parvenir de l'extérieur, produisit une congestion cérébrale à laquelle il succomba en quelques jours.

Depuis deux ans, il portait, à la main gauche, une affection reconnue pour une carie des os du carpe, et qui produisait une suppuration assez abondante ; il reçut tous les soins possibles, sans pouvoir être amenée à guérison. On lui proposa plusieurs fois l'amputation de la main sans que jamais il y consentit.

On ne peut attribuer la cause de cette carie qu'à la constitution scrofuleuse, dont cette homme était doué.

Toute la main gauche est disséquée ; on voit les os du carpe cariés, séparés les un des autres ; à surface rugueus ; les ligaments sont détruits.

(J. REDEMANS.)

CARCINOMES.

N°s 41 et 41 (bis). — *Carcinôme costal.*

1. Carcinôme de la septième côte gauche, formé par une tumeur arrondie, globuleuse, à kyste épais, fibreux, faisant saillie au dedans du thorax, contenant de la matière encéphaloïde ; la côte offre une perte de substance d'une grande partie de la largeur de la tumeur.

2. Une tumeur cancéreuse du milieu de la troisième côte droite, à kyste mince; à substance encéphaloïde moins molle; la lésion de continuité de l'os est plus étroite.

La plèvre qui recouvre et entoure ces deux tumeurs est épaissie, granuleuse, d'un blanc-mat. (SIMONART.)

CALCULS.

N° 275. — *Calculs biliaires.*

Ces calculs biliaires ont été trouvés chez une femme qui était atteinte d'une gastro-entérite typhoïde à laquelle elle succomba; pendant tout le cours de son typhus, jamais elle n'a présenté aucun symptôme du côté du foie et de ses dépendances.

Ils sont au nombre de 28 à 30, d'inégale grosseur, présentant tous des facettes articulaires d'une couleur jaune marbrée d'une résistance assez forte, insipides à l'état frais, c'est-à-dire au moment où on les retire de la vésicule biliaire, ils y étaient réunis en une seule masse. La bile avait en apparence toutes ses propriétés physiques, la vésicule un peu plus volumineuse que de coutume. (HENRIETTE.)

N° 295. — *Vésicule biliaire contenant beaucoup de calculs.*

C'est la vésicule biliaire du cadavre qui a fourni l'observation n° 294, (p. 175), elle adhérait légèrement à l'anévrysme; elle est plus distendue que dans l'état naturel.

La vésicule biliaire est ouverte dans ses trois-quarts supérieurs, l'inférieur forme un cul-de-sac qui contenait les calculs, ceux-ci sont de plusieurs espèces, les uns sont irréguliers, grisâtres et friables, les autres bruns-noirâtres, plus durs et à facettes. (BOUGARD.)

CICATRISATION.

N° 276. — *Cicatrisation de l'omoplate gauche, à la suite d'une blessure par arme à feu; carie de la première côte gauche, résultat de la même cause.*

L'historique manque.

COEUR (MALADIES DU.)

N° 1. — *Ossification du péricarde.*

Jean Chony, âgé de 52 ans, fit, il y a quinze ans, une chute sur la poitrine du haut d'un cérisier; depuis lors, douleur pongitive à la région pré-

cordiale, oppression habituelle, rhumes fréquents. Dans le cours des deux dernières années qui précédèrent sa rentrée à l'hôpital le 13 novembre 1837, il a présenté quatorze fois les symptômes d'une hydropisie générale dont il s'est chaque fois rétabli. Ramené aujourd'hui par la même cause, il offre : oppression forte; toux assez fréquente, continue; expectoration séreuse, striée de sang; face bouffie, bleuâtre; peau froide; pouls fréquent, dur, régulier; ascite très-prononcée, anasarque; matité dans une grande étendue de la région du cœur; râle muqueux, délié, très-fin à la partie postérieure du thorax; absence de bruit respiratoire dans le tiers inférieur du poumon gauche en avant; impulsion du cœur sensible à la main; bruits de cet organe entendus dans toute la poitrine, sourds et profonds, mais réguliers; urines très-rares. Malgré les divers traitements, la maladie fit des progrès, l'hydropisie devint générale, et la mort arriva le 17 décembre 1837.

Le péricarde est complétement ossifié, excepté à gauche près de la cloison interventriculaire; en cet endroit la péricarde n'est que, fibro-cartilagineux du sommet à la base du ventricule gauche dans la direction d'une ligne en zig-zag ; il y avait à peine une demi-ligne d'écartement entre les parties osseuses; celui qui existe maintenant est, comme on le voit, artificiel et facilite la vue de l'intérieur du ventricule gauche. Adhérence intime des parois ventriculaires et de la plus grande partie de celles des oreillettes à cette coque osseuse, aussi épaisse que le crâne d'un enfant de dix ans. Les parois des oreillettes qui sont restées libres ont une épaisseur triple de l'état normal. Les orifices auriculo-ventriculaires sont considérablement dilatés; sans altération aux valvules; une des sygmoïdes présente une incrustation osseuse dans ses parois. Les vaisseaux artériels sont rétrécis, plus épais que de coutume. (V. Pourcelet.)

N° 2. — *Hypertrophie concentrique légère du ventricule gauche du cœur. Plaques laiteuses du péricarde.*

Trouvées chez Jean-Baptiste Doukx, âgé de 32 ans, phthisique depuis trois mois.

Entré le 13, novembre 1837, il succomba le 19 décembre aux progrès de la phthisie pulmonaire.

Ne s'étant jamais plaint de douleur, ni de gêne du côté du cœur, n'ayant point été exposé aux causes des maladies de cet organe, son attention ne fut point portée de ce côté. (V. Pourcelet.)

N° 3. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur. Anévrysme du ventricule droit. Plaques osseuses de l'aorte; dilatation de cette dernière à son origine. — Épaississement du feuillet cardiaque du péricarde.*

Jacques Dekrickx, journalier, âgé de 40 ans, constitution détériorée,

adonné avec excès aux boissons spiritueuses, habituellement oppressé et ayant des *palpitations de cœur* depuis longtemps.

Bronchite chronique depuis trois ans.

Entré le 21 novembre 1837. Mort le 11 décembre 1837. Dernière période des maladies organiques du cœur et fièvre intermittente quarte depuis huit semaines.

Pouls régulier, accéléré, vibrant, jusqu'au 1er novembre où il devient petit, irrégulier, presque insensible.—Matité, dans une grande étendue, à la région du cœur. — Bruits du cœur sourds, profonds, entendus dans toute la poitrine, réguliers.— Impulsion insensible à la main et au sthétoscope.

A l'ouverture du cadavre, le cœur, doublé de volume, était macéré, ratatiné, comme cuit; ses vaisseaux superficiels variqueux et gorgés de sang; la macération a tout fait disparaître. Ossifications incrustées dans les valvules sygmoïdes. (V. POURCELET.)

N° 4. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur. Épaississement, végétations, plaques et adhérences des feuillets du péricarde. Rougeur de l'endocarde.*

Jean Henry, âgé de 13 ans, fut admis à l'hôpital le 28 novembre 1837. D'une constitution très-débile, habituellement oppressé, toussant depuis son enfance, essoufflé au moindre effort, il était né de parents sains. Il y a quatre semaines, il reçut un coup de pied violent à la région du cœur; le lendemain, douleur pongitive en cet endroit, nouvelle intensité de l'oppression, œdème des jambes.—Face pâle, bouffie; extrémités infiltrées; abdomen rempli de liquide; oppression très-forte; respiration accélérée; pouls petit, irrégulier, intermittent; peau froide; toux fréquente, douloureuse, par quintes; expectoration de mucosités séreuses et filantes; anxiété, douleur pongitive et lancinante à la région du cœur, se propageant dans le bras gauche, augmentant par la toux, la pression, les mouvements; battements sourds, profonds, étendus, tumultueux et parfois intermittents du cœur; râle muqueux. Le 29, nouvelle intensité des symptômes. — Mort le 30 dans la matinée. (V. POURCELET.)

N° 5. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur! Anevrysme du droit. Cœur triplé de volume.*

Guillaume Rampelberg, ouvrier, âgé de 60 ans, entré le 13 juin, mort le 3 août 1837.

Hydropisie générale; pouls irrégulier, misérable; battements du cœur imperceptibles; matité considérable à la région précordiale; céphalalgie, étourdissements, éblouissements; pouls veineux. (V. POURCELET.)

N° 6. — *Plaques laiteuses au feuillet cardiaque du péricarde; hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, avec endocardite chronique, incrustations osseuses aux valvules aortiques; plaques cartilagineuses sur l'aorte.*

Pierre Borremans, domestique, âgé de 65 ans, lymphatico-sanguin, eut

la jambe et l'avant-bras, fracturés comminutivement, il y a six ans, par une charrette lourdement chargée; les fractures se consolidèrent irrégulièrement, après plusieurs mois de traitement; ce ne fut qu'un an après qu'il récupéra l'exercice libre des membres. Il n'a jamais été malade. Entré à l'hôpital le 7 août 1838, il nous rapporte qu'il y a six mois, il fut pris de fièvre intermittente, qui revint, chaque jour, pendant deux mois, après lesquels elle se dissipa spontanément, et fut suivie d'œdème des extrémités inférieures; sa santé n'en a, dit-il, jamais été dérangée, fonctions digestives, respiratoires, cérébrales, tout s'accomplissait comme en santé; jamais de palpitations. Nous lui reconnaissons : hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, bronchite chronique, légère irritation des voies digestives, ascite, anasarque. En novembre, à la suite d'un refroidissement, il offre tous les symptômes d'une pleuro-pneumonite aiguë violente, à laquelle il succombe rapidement malgré un traitement antiphlogistique actif.

(P. J. C. SIMONART.)

N° 7. — *Hypertrophie remarquable du cœur.*

Denis Corneille, âgé de 75 ans, ouvrier, entré le 27 septembre 1837, mort le 30.

Nulle trace d'hydropisie pendant la vie, ni après la mort. Grande oppression; matité considérable à la région précordiale; battements du cœur sourds, profonds, étendus, irréguliers; bruit de souffle; pouls petit, irrégulier, etc.

Vaste hypertrophie excentrique du ventricule gauche; concrétions osseuses, incrustations aux valvules sygmoïdes; anévrysme de l'origine de l'aorte qui est recouverte de plaques cartilagineuses et osseuses.

(V. POURCELET.)

N° 8. — *Hypertrophie énorme du cœur.*

Arnould Olleker, ex-employé de la monnaie, âgé de 49 ans, entré à l'hôpital le 7 août 1837, au dernier degré d'une maladie du cœur dont il fait remonter l'origine à six mois. De stature colossale, ayant été atteint à diverses reprises d'affections rhumatismales, il se levait à quatre heures du matin, travaillait à un grand feu, buvait avec excès du genièvre et du faro (habituellement six grands verres de genièvre et quinze demi-litres de faro par jour, sans compter les écarts).

Bronchite chronique; hydropisie générale; pouls dur, fort, accéléré, vibrant; battements du cœur sourds, profonds, étendus, imprimant un choc très-fort à la tête ou à la main appliquées sur la région précordiale; la tête même et les membres du malade en sont ébranlés; on voit les pulsations de toutes les artères des membres; on entend au niveau de l'appendice xyphoïde, un bruit de souffle très-distinct après le battement ventriculaire, bruit qui se prolonge jusque sous la clavicule droite. — Malgré le traitement, la maladie faisait des progrès continuels et la mort arriva le

1er octobre, sans qu'on observât de changement dans l'état du pouls et du cœur.

Véritable cœur de bœuf ; il a deux fois et demie au moins le volume du poing ; dilatation excessive, avec épaississement des parois, du ventricule gauche ; concrétions osseuses en grand nombre et végétations aux valvules sygmoïdes épaissies ; aorte criblée, dans toute son étendue, de plaques osseuses, et dilatée en proportion de son ventricule. Vaste anévrysme du ventricule droit. Orifices auriculo-ventriculaires et ventriculo-pulmonaires, ainsi que les grosses artères ne présentant aucune altération.

(V. POURCELET.)

N° 8 *bis.* — *Aorte d'Arnould Olleker.*

N° 9.—*Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur.— Endocardite chronique gauche. Adhérence intime de concrétions fibrineuses entre les colonnes charnues de ce ventricule. Dilatation de l'origine de l'aorte. Anévrysme du ventricule droit.*

Trouvée par M. Houtrelle sur un homme fort, sujet aux rhumatismes.

(V. POURCELET.)

N° 10. — *Hypertrophie du cœur, etc.*

Marie Ledent, âgée de 64 ans, lavandière, entrée le 3 octobre, morte le 22 novembre 1837.— Nerveuse, très-acariâtre, à l'époque de la ménopause, palpitations de cœur, accès d'asthme, œdème des jambes.

Bruits du cœur, tumultueux, forts; pouls tantôt vibrant et régulier, tantôt petit, irrégulier, inégal, oppression forte.

Plaques laiteuses du feuillet cardiaque du péricarde épaissi ; hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche ; incrustations osseuses aux valvules sygmoïdes, aorte entière dilatée et criblée de plaques osseuses et cartilagineuses ; cœur droit légèrement anévrysmatique. (V. POURCELET.)

N° 11. — *Hypertrophie excentrique légère du ventricule gauche du cœur ; anévrysme du ventricule droit ; plaques laiteuses au péricarde.*

Nicolas Mené, âgé de 60 ans, ancien militaire, adonné aux excès de tout genre, sanguin, robuste, est sujet depuis trente ans, aux palpitations. A son entrée, il offre tous les symptômes d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, de dilatation du ventricule droit, de bronchite, et d'œdème des extrémités inférieures. Entré le 3 février 1838, il succombe, complétement infiltré, le 18 avril 1838.

Ventricule gauche, parois doubles de volume qu'il a à l'état normal ; amincissement et dilatation légère du *ventricule droit ; plaques laiteuses, épaisses, très-dures* au feuillet viscéral du péricarde.

(SIMONART.)

N° 12. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur. Épaississement de l'endocarde, surtout aux valvules. Vaste anévrysme du ventricule droit.*

Jean Beckman, journalier, âgé de 77 ans, entré le 27 juin, mort le 17 juillet 1837.—Grande gène de la respiration; battements du cœur sourds, faibles, irréguliers, éloignés; pouls dur, irrégulier, inégal, bronchite chronique; matité complète dans l'étendue de cinq travers de doigt de diamètre à la région du cœur; hydropisie générale.

Sa maladie date de longtemps; sa cause nous reste inconnue.

Le péricarde contient une livre de sérosité sanguinolente; les oreillettes du cœur sont comme cartilagineuses; le ventricule droit dilaté au moins du double, à parois épaisses, dures, criant sous le scalpel; ses colonnes charnues sont très-développées; une des valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire est ossifiée; le gauche est épaissi, dilaté, ramolli; l'endocarde est fibreux, cartilagineux aux valvules aortiques. Aorte présentant çà et là des points cartilagineux et ossifiés. (V. Pourcelet.)

N° 13. — *Collection séreuse entre le péricarde et le cœur. Plaques laiteuses. Hypertrophie concentrique légère du ventricule gauche.*

Marie Rasguin, âgée de 49 ans, verdurière, entrée le 22 novembre, morte le 20 décembre 1837.

Souffrant depuis quinze jours d'une arthrite rhumatismale aiguë; bruit de souffle au cœur, elle était en convalescence, le bruit de souffle avait disparu, elle mourut subitement dans une espèce de syncope.

Rougeur par plaques du feuillet interne du péricarde, plaques qui sont devenues laiteuses; sérosité abondante et limpide, par vésicules entre le péricarde et le cœur; hypertrophie concentrique légère du ventricule gauche; plaques rougeâtres disparues sur l'endocarde.

N° 14. — *Rétrécissement de toutes les cavités du cœur, etc.*

J.-B. Deghyns, âgé de 41 ans, fort, robuste, entré le 4 septembre 1837 mort le 17. La maladie date de deux ans. Adonné aux excès de travail et de boissons. Anasarque, ascite, oppression, etc. La percusion n'apprend rien; l'auscultation fait entendre les bruits du cœur sourds, éloignés; pouls petit, misérable.

Deghyns n'a jamais eu de rhumatisme.

Hypertrophie concentrique des ventricules, surtout du gauche; épaississement des parois des oreillettes; effacement presque complet de toutes les cavités. Cœur de grosseur normale. Infiltration séreuse sous le feuillet cardiaque du péricarde. (V. Pourcelet.)

N° 15. — *Hypertrophie du ventricule gauche du cœur; épaississement et induration de l'endocarde gauche, aux valvules et à l'oreillette surtout, dilatation du ventricule droit. Plaques laiteuses sur le feuillet cardiaque du péricarde.*

Jeanne Thérèse Van Exsten, âgée de 44 ans, lavandière, exposée à de grandes fatigues, nervoso-sanguine, habituellement bien portante, fut au mois juin 1838, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, général, avec symptômes d'endocardite aiguë. (Bruit de souffle, à l'orifice aortique, etc.) Elle sortit au bout de quelques semaines, guérie de son rhumatisme, mais présentant tous les symptômes d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur; le bruit de souffle persista. Elle vint en novembre 1838, mourir phthisique; les symptômes d'affection du cœur avaient considérablement diminué, le bruit de souffle avait disparu.

N° 16. — *Péricardite chronique; hypertrophie avec dilatation des cavités du cœur; tubercule du cœur, endocardite chronique; rétrécissement de l'aorte.*

Sébastien Tielemans, journalier, âgé de 20 ans, robuste, sanguin, exempt d'affection rhumatismale, n'ayant jamais fait d'excès, né de parents saints, bien portants, entre à l'hôpital le 24 août 1838.—Atteint de la grippe en 1836, il fut saisi de céphalalgie violente, de points de côté vifs, qui persistèrent pendant trois jours, accompagnés de toux d'expectoration muqueuse, jamais sanguinolente, de dyspnée, de fièvre. La douleur s'amenda; mais bientôt palpitations violentes, qui depuis n'ont jamais complétement cessé, oppression vive, douleur fréquente à la région du cœur, lipothymies, fièvre ardente. En quelques semaines, l'oppression, l'angoisse furent à leur comble; œdème des extrémités inférieures et des bourses, ventre développé, toujours indolore, selles naturelles et journalières; urines rares, claires, pas de douleur lombaire.

Pour tout traitement, la paracenthèse fut pratiquée à trois reprises, la dernière, il y a trois mois.—L'appétit a toujours été satisfait. A son entrée: douleur nulle, orthopnée, palpitations, toux fréquente; crachats séreux, abondants; *thorax* bien conformé, côtes saillantes, fausses côtes refoulées en haut et en avant; *impulsion du cœur*, peu vive, ressentie entre les sixième et septième côtes, près du sternum seulement. *Matité complète*, entre les cinquième et huitième côtes gauche, du sternum au creux axillaire; à droite, en avant, à partir de la sixième côte, jusqu'en bas; des deux côtés, en arrière, à partir de la huitième côte. Sonoréité normale du reste du thorax. Absence complète de bruit respiratoire dans tous les points correspondants à la matité. Ailleurs, respiration puérile, râle muqueux fin, çà et là. *Battements du cœur* secs, vifs, précipités, profonds, irréguliers, s'entendant dans toute l'étendue du thorax, à droite surtout, sans bruit anormal; défaut d'isochronisme avec le pouls radial et fémoral; celui-là irrégulier, petit, sans intermittence, à 120; peau sèche, *mouvement fé-*

brile, le soir surtout. Vaste collection ascitique; infiltration des bourses, œdème des extrémités inférieures; membres amaigris, livides, froids, facies bien composé, joues d'un rouge légèrement violacé, lèvres bleuâtres, les appareils digestifs et cérébraux paraissent intacts. Le col n'offre aucune trace de scrofule. Diagnostic : hypertrophie avec dilatation du ventricule droit du cœur; hydropéricarde, hydrothorax, ascite, anasarque; bronchite chronique. (Consécutifs.)

Le 12 octobre, symptômes de gastro-méningo-céphalite sur-aiguë; l'hydropisie augmente; coma, mort le 22 octobre 1838.

Nécroscopie : outre les altérations décrites, traces de méningo-céphalite violente; tubercule cérébral, caséeux, du volume d'un grain de chenevis, dans l'hémisphère gauche; deux autres plus volumineux en dehors de la couche optique, à droite un autre tubercule enkysté.—Pleurite chronique avec quelques pseudo-membranes récentes; tubercules miliaires, crus, disséminés dans les poumons.—Ramollissement, ulcérations de la muqueuse stomacale; péritonite chronique; engorgement des ganglions mésentériques et bronchiques.

(Rate, reins, vessie, pancréas, sans altération notable, foie, presque double de son volume normal, gorgé de sang.

Adhérence intime et épaississement marqué des feuillets du *péricarde;* dans leur épaisseur, *sept tubercules caséeux,* d'un blanc grisâtre, mous, friables, ayant à peu près le volume d'une aveline, situés : deux, plus volumineux, à la partie antérieure des ventricules, deux autres, au sommet du ventricule gauche, refoulant la subtance charnue du cœur; le septième occupe le point correspondant à la partie moyenne et postérieure de la cloison ventriculaire.

Vaste hypertrophie avec dilatation des diverses parois du cœur, et surtout de celle du ventricule gauche.—*Endocarde* partout épaissi, blanchâtre, semi-fibreux, très-dur, comme ratatiné en plusieurs points, et surtout à l'oreillette droite, où il est également plus épais, plus résistant. Il ne présente aux valvules, qu'un léger épaississement. — Immédiatement au-dessous de l'orifice de la veine cave supérieure, l'oreillette offre un *vaste tubercule,* semblable à ceux décrits plus haut, s'étendant de l'endocarde au feuillet séreux, qui recouvre le cœur; la substance charnue du cœur y est complétement disparue; aucune particularité ne se remarque aux membranes qui recouvrent ce tubercule.

L'*aorte* est retrécie dans tout son trajet, surtout à la crosse; ses tuniques n'offrent du reste rien d'anormal.—Pas d'altération notable dans les autres vaisseaux. (SIMONART.)

N° 16. — *Cœur de Sébastien Tielemans.*

N. B. Après macération suffisante dans l'eau, cette pièce intéressante a été plongée, pendant deux jours dans une solution saturée de sublimé corrosif et conservée ensuite dans l'alcool à 22°. (P. J. C. SIMONART)

N° 17. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; concentrique du droit; épaississement, rétrécissement et végétations de l'aorte.*

Joseph Dumoulin, âgé de 10 ans, nervoso-sanguin, né de parents saints, bien portants, atteint de teigne muqueuse depuis sa tendre enfance, nous rapporte n'avoir jamais été malade jusqu'à l'âge de sept ans; vers cette époque, il commença, à la suite d'une violente frayeur, à ressentir, des palpitations, avec élancements fréquents à la région précordiale, qui, depuis ont été constamment en augmentant, conjointement avec la dyspnée, et une toux rare, sèche. Souvent sa mère l'a trouvé brûlant d'une chaleur fébrile. Il y a deux ans, des plaques-rouge livides ont apparu sur ses joues et ont fait croire à ses parents qu'il était atteint de rougeole. Ces plaques depuis ne l'ont plus quitté.

En mars 1838, il fut atteint de scarlatine, avec mal de gorge violent. A la période de desquammation, s'étant refroidi, il fut pris de dyspnée très-vive, avec palpitations violentes, le surlendemain une hydropisie générale apparut et se dissipa au bout de quelques jours sous l'influence des diurétiques. A plusieurs reprises, il fut atteint de douleurs vives aux articulations des pieds, avec gonflement et rougeur, qui durèrent rarement plus de trois jours et cédèrent toujours à l'application de cataplasmes émollients. Depuis quelques semaines les symptômes d'affection du cœur, se sont gravement exaspérés sans cause connue. Il n'a suivi aucun traitement. Entré à l'hôpital St-Jean, le 5 septembre 1838 : il offre, palpitations vives et douleurs fréquentes à la région du cœur, qui est le siége d'une matité étendue; l'impulsion du cœur est tellement vive, surtout près de l'appendice du sternum, qu'elle soulève fortement la main; les battements sont tumultueux, précipités, irréguliers, le bruit de diastole est complétement caché par un bruit de souffle très-prononcé, s'entendant dans presque toute l'étendue de la partie antérieure de la poitrine, et surtout à la partie latérale externe gauche et supérieure de la région précordiale, commençant vers la fin du bruit de systole Il existe peu d'intervalle entre celui-ci et la fin du bruit de souffle; le pouls est confus, irrégulier; tous les symptômes d'affection organique du cœur avancée s'y joignent; les extrémités inférieures sont légèrement infiltrées le soir; il existe un dérangement marqué des fonctions digestives. Pendant son séjour des douleurs rhumatismales aux pieds se manifestent et disparaissent au bout de quatre jours. En octobre, ayant reçu une visite de ses parents, il se gorge de nourriture; leur départ l'attriste vivement, et bientôt après il succombe fortement angoisé, et sans agonie aucune.

Nécroscopie. Outre les symptômes ci-contre, adhérences pleurétiques droites nombreuses, anciennes, pas de lésion notable du péricarde; *foie* engorgé, double de son volume normal, *bile* orangée difluente; *rate* sextuple au moins de sa dimension ordinaire; *estomac* bourré d'aliments non chimifiés, congestionné ainsi que le reste du tube intestinal.

Les autres organes n'offrent pas de lésion notable.

Circonférence du cœur, dans son plus grand diamètre, 23 centimèt.;

hauteur du *ventricule gauche*, 12 centimètres; épaisseur de ses parois, 6 lignes; sa cavité, 6 pouces de circonférence; ses colonnes charnues dures, épaisses, de même que les parois; son endocarde vivement arborisé; valvules rétractées, saines. *Oreillette gauche* largement dilatée, à fibres charnues très-développées; *cavités droites;* cavité du *ventricule* fortement rétrécie; sa pointe bien au-dessus de celle du ventricule gauche; parois épaisses de quatre lignes, moins dures, à colonnes charnues moins développées qu'à gauche.

L'oreillette offrant un degré marqué de dilatation.

Aorte, à partir des valvules sygmoïdes jusqu'à l'origine de la carotide primitive, admet à peine dans son canal une plume de corbeau; sa membrane interne, dans toute cette étendue, est couverte de *végétations* irrégulières, plus ou moins allongées, les unes ovoïdes, d'autres vermiculaires, ayant jusqu'à 10 lignes de longueur, pédiculées ou en languette; toutes sont jaunâtres, d'apparence charnue, offrant la plus grande analogie avec les végétations syphilitiques, flottant dans la cavité du vaisseau; quelques-unes offrent des marbrures brunâtres, comme ecchymotiques. Les valvules sygmoïdes sont couvertes de quelques-unes de ces végétations. Les parois de l'aorte sont, dans l'étendue tracée, hypertrophiées aux dépens de sa cavité; dures, épaisses de 2 lignes; membrane interne épaissie, sans rougeur, se déchirant très-facilement. L'arbre artériel paraît rétréci dans toute sa longueur, l'aorte abdominale surtout. (SIMONART.)

N° 18. — *Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur; anévrysme des trois autres cavités; endocardite chronique, plaques laiteuses.*

Pierre Maertens, vannier, âgé de 30 ans, robuste, lymphatico-sanguin, travaillant habituellement dans une cave humide et froide, est atteint, depuis nombre d'années, (depuis huit ans surtout) d'affections rhumatismales fréquentes, que, dès le principe, il a complétement négligées. Depuis sept ans, il est sujet aux palpitations, à une dyspnée qui vont constamment en augmentant et se font à peine sentir quand il est sous l'influence du rhumatisme articulaire violent, qui, parfois, attaque une grande partie des articulations. Depuis deux ans, il est venu à plusieurs reprises à l'hôpital, pour y être traité de rhumatisme articulaire. Déjà dès la première fois, nous lui avions reconnu une hypertrophie excentrique très-prononcée du ventricule gauche du cœur, sans bruit anormal. En 1837, à la suite de refroidissement, il fut saisi de pleuro-pneumonie aiguë violente, qui céda aux antiphlogistiques. A dater de cette époque, les palpitations, l'oppression se sont vivement exaspérées. Il passa à l'hôpital les premiers mois de l'année 1838, présentant des symptômes non équivoques d'hypertrophie excentrique des ventricules du cœur, avec bronchite chronique. A plusieurs reprises, ses mains furent le siége de rhumatisme articulaire aigu, pendant lequel les palpitations, l'oppression s'amendaient considérablement. Saignée, séton, moxas, régime, digitale, repos, etc., tout fut employé, et toujours sans grande amélioration.

Une exaspération violente survenue dans les symptômes, le força à rentrer à l'hôpital le 4 juillet 1838 : voussure de la région précordiale, matité étendue, impulsion du cœur vive, surtout près du sternum ; battements brusques, clairs, argentins, ceux des ventricules enjambant sur le second bruit ; ils s'entendent dans toute l'étendue du thorax surtout à droite, ils sont inégaux, etc.

Le 10 août, arthrite rhumatismale au poignet avec fièvre, amendement des symptômes du centre circulatoire.

Le 20, elle a disparu.

Le 4 septembre, arthrite du poignet et du pied, qui se prolonge jusqu'au 12.

Le 15, symptômes subits d'endo-péricardite, combattus par des déplétions sanguines modérées ; puis antispasmodiques.

Le 16, l'angoisse est à son comble. Depuis, l'oppression a considérablement augmenté ; anxiété et lypothymies fréquentes ; palpitations continues; matité plus large ; battements du cœur plus tumultueux, plus profonds ; face pâle anxieuse ; hydropisie générale, et mort le 8 novembre 1838, après une agonie prolongée.

Nécroscopie. Sérosité citrine dans les plèvres exemptes d'adhérences ; *péricarde* injecté, contenant de la sérosité citrine (℥ s.) ; quatre petites plaques laiteuses à la face antérieure du péricarde viscéral ; *rate* double de son volume normal. — Les autres organes ne présentent pas d'altération notable.

Cœur, double du volume normal, à fibres dures, pâles, comme condensées ; vaste hypertrophie avec dilatation du *ventricule gauche*, dont les colonnes charnues sont plus volumineuses, plus denses qu'à l'état sain, à tendons très-nombreux, entrecroisés un grand nombre de fois ; tous ceux qui aboutissent aux valvules sygmoïdes sont épaissis, indurés, jaunâtres, fibro-cartilagineux ; son *endocarde* offre, en deux points rapprochés, des valvules aortiques, de petites végétations fibreuses, irrégulières ; vers la pointe du ventricule, une granulation fibreuse, miliaire ; les caillots fibreux étaient tellement adhérents que, malgré une macération prolongée, plusieurs débris sont restés attachés entre les colonnes charnues. *Valvules mitrales,* quadruples au moins de leur épaisseur normale, raccourcies, insuffisantes pour obturer l'orifice auriculo-ventriculaire, jaunâtres, fibro-cartilagineuses ; celles qui existent immédiatement au-dessus et en avant de l'orifice aortique, ont acquis au moins 4 lignes d'épaisseur en un point ; sa partie centrale offre une incrustation osseuse, épaisse. *Valvules aortiques* offrant quelques petites plaques d'incrustation fibro-cartilagineuse ; *oreillette gauche*, large dilatation *Ventricule droit,* dilatation avec amincissement des parties ; *endocarde,* arborisations violacées, recouvert au sommet du ventricule, d'une petite *tumeur allongée,* à pédicule étroit, du volume d'une noisette, d'un blanc-jaunâtre, molle, se déchirant à la moindre traction, incisée dans toute son épaisseur, elle présente à son centre, une cavité pouvant admettre un poingt, remplie de matière rouge-brunâtre, épaisse, grumelée, entourée d'une petite membrane molle, brunâtre, distincte de la substance même du noyau, de la composition duquel elle semble participer. (*Kyste fibrineux, contenant du sang mêlé au pus, suite d'endocar-*

dite.) A côté du noyau, une autre *tumeur pisiforme*, de même nature. *Valvules des cavités droites* paraissant saines. L'*oreillette* est dilatée. *aorte* normale. (SIMONART.)

N° 19. — *Légère hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur. Endocardite chronique.*

Gertrude Hontel, âgée de 62 ans, couturière, entrée le . . . . . . morte le . . . . se disant malade depuis trois mois, offrant les signes physiques et rationnels de la phthisie laryngo-pulmonaire; des symptômes de colo-métrite, et d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur, bruit de souffle aortique très-prononcé (battements précipités, irréguliers, s'entendant vifs et brusques dans toute la partie gauche de la poitrine, et à droite, à l'endroit surtout correspondant à une vaste caverne; impulsion vive, etc.). Cette femme était d'une constitution chétive, nerveuse et au dernier degré du marasme; elle n'a dit-elle, jamais été atteinte de rhumatisme.

Épaississement et induration des parois du *ventricule gauche*, dont la cavité est dilatée; *endocarde gauche* épaissi, très-dur, comme ratatiné en quelques points; son épaississement est le plus marqué aux valvules mitrales; il est couvert dans toute son étendue, ainsi qu'à droite d'une rougeur transsudatoire vive, qui se remarque aussi sur les gros vaisseaux. Amincissement des parois du ventricule droit, dont l'endocarde n'offre qu'un léger degré d'épaississement. (SIMONART.)

N° 20. — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur; incrustation osseuse aux valvules aortiques; endocardite chronique; plaques laiteuses.*

Jeanne Vaneffe, lavandière, âgée de 88 ans, entrée le 24 octobre, morte le 1er novembre 1838, d'une constitution assez robuste, frappée de fatuité sénile, paraît être atteinte, depuis longues années, d'affection organique du cœur. Nous ne pouvons avoir aucun renseignement sur la marche de la maladie; elle se plaint de douleurs générales; ses jambes sont œdématiées, ascite, hydrothorax; tous les signes physiques d'une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur.

Nécroscopie. Outre les altérations décrites ci-après, sérosité abondante aux méninges. hydrothorax.

Plaques laiteuses au péricarde cardiaque; *cœur,* double de son volume normal; vaste hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche; ses colonnes indurées, épaissies, leurs tendons fibreux comme nacrés; endocarde gauche épaissi, ratatiné en plusieurs points aux valvules aortiques et dans l'oreillette surtout; larges et épaisses incrustations osseuses aux valvules mitrales, se prolongeant jusqu'aux sygmoïdes; légère hypertrophie excentrique du ventricule droit; incrustations osseuses dans tout le trajet de l'aorte, larges, nombreuses, se prolongeant jusques dans les branches artérielles. (SIMONART.)

N° 21 — *Épaississements, végétations, et adhérences des feuillets du péricarde, etc.*

François Houteveld, tisserand, âgé de 25 ans, lymphatique, chétif, entré le 9 octobre 1838, toussant depuis sept à huit mois. Déjà au mois de juin, nous avions constaté chez lui une caverne à la partie supérieure du poumon droit. Il offre, en même temps, tous les signes rationnels de la phthisie laryngo-pulmonaire. Jamais il ne s'est plaint du côté du cœur, vers l'exploration duquel notre attention fut à peine portée. Ses battements étaient vifs, tumultueux, très-précipités. Le 29 octobre, point de côté violent, pendant quelques jours, qui est suivi d'œdème des extrémités inférieures et de tous les signes d'un hydro-pneumo-thorax gauche. Houteveld succombe le 9 novembre 1838, en plein marasme, sans avoir jamais offert de dérangement notable des fonctions digestives, ou de trouble des facultés intellectuelles.

Nécroscopie (24 heures après la mort) thorax, 72 centimètres de circonférence à sa partie supérieure, 70 à sa base; côtes saillantes, les intervalles ne sont pas bombés. Tubercules crus, peu abondants dans le poumon droit, pas d'adhérences pleurétiques. Plèvres gauches, contenant un liquide grumeleux, d'un blanc verdâtre (quatre livres environ) épais, séro-purulent, sans odeur remarquable, leur surface est couverte de pseudo-membrane, point de lésion notable dans la cavité abdominale.

D'autres altérations seront décrites au n° 39.

Péricarde, feuillet fibreux, épaissi, dur; *feuillets séreux* également épaissis, adhérents entr'eux, dans toute leur largeur, par des filaments celluleux, peu résistants, très-serrés, très-denses en quelques points. Dans les parties non adhérentes, la séreuse tant viscérale que pariétale, est couverte de végétations rosées plus ou moins saillantes, tantôt linéaires, tantôt arrondies ou en pointe; en quelques points, elle présente beaucoup de ressemblance avec les pailles de la langue du chat; hypertrophie avec dilatation peu prononcée du *ventricule gauche*, amincissement et diminution de capacité au *ventricule droit; aorte*, petite capacité; cœur blanc-mat.

(Simonart.)

N° 22 — *Hypertrophie excentrique du ventricule gauche du cœur, anévrysme du droit.*

Jean Vanderlinden, ouvrier du canal, âgé de 65 ans, entré le 19 juillet, mort le 1er septembre 1857. Fortement constitué, robuste, habitué par état, aux fatigues continuelles et aux excès dans les boissons alcooliques, il est sujet depuis six ans à des palpitations de cœur, n'a jamais eu de rhumatisme. Symptômes principaux : *battements de cœur;* grande oppression, bronchite, matité à la région précordiale dans une étendue double de l'état ordinaire; bruit de soufflet, après le battement ventriculaire, qui empêche de percevoir la contraction auriculaire; battements du cœur tantôt petits et profonds, tantôt tumultueux et imprimant une violente impulsion

aux parois thoraciques; pouls accéléré et dur, fort et développé, puis faible, inégal, intermittent. Hydropisie de toute la moitié inférieure du corps.

Le 29 juillet, éruption générale de taches pétéchiales, livides, d'un aspect particulier, leur point central est d'un rouge foncé, leur pourtour fermé par des auréoles d'un rose brunâtre, du diamètre d'une ligne à celui d'une pièce de cinq francs.

Péricarde sain. Cœur très-volumineux; grande dilatation des deux ventricules. Concrétions osseuses et cartilagineuses à l'orifice ventriculo-aortique.

(V. Pourcelet.)

(*La suite à un prochain cahier*).

OPÉRATION CÉSARIENNE,

NÉCESSITÉE PAR UN RÉTRÉCISSEMENT CONSIDÉRABLE DU BASSIN, ET PRATIQUÉE AVEC PLEIN SUCCÈS;

Par P.-L. LONEUX, docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, à Hérenthals.

Le 21 mai 1841, je fus appelé en consultation par mon collègue Van den Brul, docteur en médecine et en l'art des accouchements à Wickevorst, chez la femme Videz, âgée de 37 ans, en travail de son huitième enfant.

Le mari me raconta que les six premiers accouchements avaient été naturels et très-faciles, à tel point que le travail se trouvait toujours terminé en deux heures.

En mars 1832, cette femme fut atteinte d'une maladie articulaire du genou gauche, qui, après une longue durée, guérit par *ankilose*. Plus tard, des douleurs, regardées comme rhumatismales, se firent sentir dans les régions iléo-lombaires et sacrées, douleurs qui forcèrent cette pauvre et malheureuse femme à garder le lit, pendant plusieurs mois, et à se servir ensuite de béquilles, pendant quatre ans. Malgré cet état de souffrance, le sixième accouchement se termina naturellement en juillet 1837.

Les douleurs et l'impossibilité de marcher étant les mêmes en 1839, la femme Videz consulta un médecin, grand partisan de l'huile de foie de morue, laquelle fut prescrite et prise en grande quantité. Sous l'influence de ce traitement les douleurs cessèrent.

Le 3 février 1840 arriva le terme de la septième grossesse. Le docteur Van den Brul, qui avait assisté la femme dans sa précédente couche, ayant

observé alors un rétrécissement considérable du détroit supérieur, après avoir constaté la mort du fœtus, avait eu recours à l'embryotomie qui fut longue et pénible.

Après avoir appris ces particularités, je constatai au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, un rétrécissement d'environ deux pouces, et par conséquent l'impossibilité de délivrer la femme par les voies naturelles. Les douleurs avaient été fortes, et elles duraient déjà huit à dix heures ; les eaux étaient écoulées.

Le docteur Van den Brul et moi nous fûmes parfaitement d'accord sur les moyens à employer.

J'instruisis la famille de l'état des choses, et je proposai à la femme la gastro-hystérotomie, comme unique moyen de la délivrer.

L'opération fut acceptée et pratiquée d'après la méthode de Solayrès.

La femme étant couchée en supination sur son lit de misère, après avoir vidé la vessie, je coupai la ligne blanche jusqu'à un pouce et demi du pubis, et je dus prolonger mon incision au-dessus et à gauche de l'ombilic, vu le peu de hauteur de l'hypogastre chez notre femme ; je soulevai et piquai le péritoine, et aussitôt il s'écoula en jet quatre à cinq onces d'un liquide légèrement jaunâtre, que je regardai, dans le premier moment, comme étant de l'urine ; je craignis un instant d'avoir lésé la vessie ; mais je fus bientôt détrompé de mon erreur ; car le liquide reçu dans le creux de ma main, ne m'offrit aucune odeur d'urine ; c'était simplement de la sérosité citrine. J'introduisis alors l'index gauche dans la cavité du péritoine, et avec le bistouri boutonné, je donnai à la plaie de cette membrane la même étendue qu'à la division de la peau. La matrice, alors à découvert, fut incisée couche par couche et avec lenteur, jusqu'à ce que j'arrivai à la surface de l'œuf.

Le fœtus fut extrait par les pieds et l'arrière-faix suivit avec facilité. L'enfant était plein de vie ; mais il présentait à la partie supérieure de l'occiput une forte empreinte, résultat de la pression qu'il avait éprouvée au détroit supérieur du bassin.

Aussitôt la matrice s'étant resserrée, plusieurs anses intestinales se précipitèrent à travers la plaie abdominale, et la séreuse qui les recouvrait nous parut atteinte d'un certain degré d'irritation morbide : elle était d'un rouge écarlate et fort sensible au toucher.

La plaie et les intestins furent légèrement épongés ; et tous les viscères étant réduits, je réunis la plaie au moyen de la suture enchevillée, laissant à l'angle inférieur de la division une ouverture d'un pouce. J'omis à dessein de placer une mèche dans la cavité de la matrice et dans l'angle inférieur de la plaie, comme le prescrivent la plupart des auteurs, dans la pensée où j'étais que cette mèche, comme corps étranger, ne peut qu'aider à faire développer l'inflammation utéro-péritonéale, que loin d'entraîner au-dehors les matières épanchées, elle ferme, au contraire, en se desséchant, l'ouverture laissée à la plaie abdominale. Quelques bandelettes agglutinatives, un plumasseau et un bandage de corps ayant été appliqués, je prescrivis à la patiente l'immobilité et la diète absolue, et pour boisson la limonade citrique.

Une heure et demie après que nous avions quitté la chaumière de cette malheureuse, on vint nous avertir qu'à la suite de l'usage de quelques

gorgées de limonade, il s'était manifesté une violente toux, qui avait fait partir quelque chose du ventre. Nous pensâmes, dans le premier moment, que ce ne pouvait être que des matières épanchées. Mais quel fut notre étonnement à notre arrivée auprès de la femme, en trouvant une véritable éventration qui s'était faite par l'angle inférieur de la plaie.

Nous nous empressâmes d'ôter le pansement et de couper la suture, afin de pouvoir réduire la grande masse d'intestins déplacés. Cette opération fut longue et pénible; car à mesure que nous réduisions une ou plusieurs anses intestinales, d'autres sortaient : nous parvinmes cependant, à pleines mains, à les réduire en masse (globatim).

La solution de continuité abdominale fut de nouveau réunie au moyen de cinq points de suture entrecoupée; un large plumasseau, quelques compresses et une serviette complétèrent le pansement. La patiente fut mise à l'usage de l'eau froide sucrée pour boisson.

En la quittant nous conservâmes peu d'espoir de la sauver. Le docteur Van den Brul se chargea de la visiter matin et soir, pour surveiller les accidents. Nous convinmes de nous réunir quatre jours après si tout marchait bien.

Le 25 mai, cinquième jour de l'opération, la femme fut trouvée dans le meilleur état. Il ne s'était montré aucun symptôme fâcheux. Pour conserver à l'opérée l'immobilité, mon collègue l'avait sondé matin et soir. Il y avait déjà sécrétion laiteuse. L'enfant avait commencé à sucer le second jour. Les lochies en médiocre quantité, avaient coulé par le vagin. Nous trouvâmes la plaie réunie dans toute son étendue. Néanmoins nous jugeâmes prudent de laisser les sutures jusqu'au 28. Un large plumasseau enduit de cérat, fut appliqué et par-dessus le bandage de corps.

La femme ne se plaignait que d'avoir grande faim; nous lui accordâmes de l'eau de poulet pour boisson.

Il nous restait à craindre un seul accident grave, c'est-à-dire le volvulus des intestins qui avaient été réduits en globe.

Le lendemain 26 mai, la femme eut des selles naturelles. Tout marchait encore à merveille. L'eau de poulet fut continuée; du reste aucune autre prescription.

Lors de ma visite du 28 mai, j'observai une légère suppuration dans le trajet des sutures qui furent alors coupées et enlevées. Un plumasseau enduit de cérat et un bandage de corps constituèrent le pansement. Deux soupes au lait et une croûte de pain dans du bouillon furent accordées.

Les 27, 30, 31 mai et 1er juin la quantité des aliments fut insensiblement augmentée, de manière que le 2 juin, jour de ma dernière visite, la plaie abdominale était complétement cicatrisée, et toutes les fonctions se trouvaient à l'état normal chez notre opérée. Comme moyen de précaution nous lui ordonnâmes de porter son bandage de corps pendant deux à trois mois.

Aujourd'hui, 22 juillet, deux mois après l'opération, la femme Videz et son enfant jouissent d'une fort bonne santé.

Réflexions.

La première réflexion qu'a fait naître chez moi cette observation, c'est le rétrécissement du bassin coïncidant avec l'usage de l'huile de morue qui dans ce cas a délivré la patiente de ses douleurs et l'a mise sur pieds. S'il fallait toujours conclure du *post hoc*, *ergo propter hoc*, il faudrait accuser cette huile de poisson de produire le ramollissement du système osseux. Le docteur Hoebeke a fait connaître à la Société de médecine de Gand, plusieurs observations analogues à celle-ci. Mais il reste toujours à savoir si cette déformation du système osseux à eu lieu par le remède ou malgré le remède.

Espérons que les recherches ultérieures des praticiens sur les effets de l'huile de foie de morue nous apprendront la vérité à cet égard (1).

Le sujet de mon observation présentait au delà de deux pouces de diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur. D'après feu M. le professeur Ansiaux (2) et Girard chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu de Paris, j'aurais dû préférer la symphyséotomie à l'opération césarienne. J'ai adopté cette dernière, parce que je pensais que les articulations sacro-iliaques qui avaient été le siége des douleurs, pouvaient s'être ankylosées; et qu'alors je n'aurais pu obtenir après la section du pubis, l'écartement désiré.

Si le sujet de notre observation s'était refusée à la gastro-hystérotomie, quelle conduite aurions-nous dû tenir? Devions-nous, à l'exemple des Anglais et comme certains auteurs modernes l'enseignent, l'enfant étant encore en vie, lui percer le crâne et le sacrifier pour sauver la mère; ou bien attendre que celle-ci fût morte pour lui ouvrir le ventre et pour tâcher au moins d'en retirer l'enfant vivant? Dans le premier cas l'embryotomie aurait été presque aussi dangereuse pour la mère que l'opération rejetée; dans le second, nous nous serions exposés à perdre les deux individus à la fois, puisqu'il n'est pas certain, pas même probable, que l'enfant survive à la mère qui meurt dans le travail. Comme le premier devoir d'un homme de l'art est de ne pas nuire *primùm non nocere*, j'aurais attendu, dans le cas actuel, que la mère fut morte pour instituer l'opération césarienne; et si les deux individus eussent péri, j'aurais attribué leur mort à l'obstination de la mère à refuser de se laisser opérer et non au défaut des secours de

(1) Pour atteindre ce résultat il faudrait que tous les praticiens qui, dans ces derniers temps, ont été à même de pratiquer la Gastro-Hystérotomie, publiassent leurs observations, en indiquant, avec soin, toutes les circonstances qui ont précédé ou accompagné la déformation du pelvis ; et, en même temps, qu'ils spécifiassent, aussi exactement que possible, le degré et le siége du rétrécissement. Ces renseignements seraient d'une très-grande utilité pour la science et pour M. le docteur Hoebeke, qui s'occupe d'un travail spécial sur l'opération césarienne : comme cet ouvrage doit être essentiellement pratique il ne saurait contenir trop de faits.

(*Note de la Rédaction*).

(2) Voir Dictionnaire des sciences médicales en LX volumes, art. *Symphyséotomie.*

l'art. De cette manière je n'aurais eu rien à me reprocher, en d'autres mots, je n'aurais pas commis de meurtre sur une innocente créature pour sauver la mère égoïste. *Nunquâm enim malum faciendum, ut ex inde eveniat bonum.*

Enfin une dernière remarque que nous ferons, c'est que nous croyons devoir attribuer, en grande partie, le succès de notre opération, à ce que nous l'avons conseillée et pratiquée sans aucun retard. Aussi, je pense que si on agissait toujours aussitôt que l'indication est bien positive, sans attendre que la femme se soit épuisée en vains efforts ; que la matrice soit tombée dans l'inertie, ou près d'être enflammée, si elle ne l'est déjà ; que la péritonite ou l'entérite soient imminentes ou déclarées ; que la vie enfin paraisse gravement compromise, l'opération césarienne ne serait pas, à beaucoup près, aussi fréquemment mortelle qu'on l'a malheureusement observé jusqu'ici.

MÉMOIRE SUR L'AVORTEMEMT;

Par J.-P. HOEBEKE, membre de plusieurs sociétés savantes.

Définition.

Le fœtus pouvant être expulsé hors de la matrice à toutes les époques de la grossesse, les auteurs ont donné à cet acte diverses dénominations, suivant l'époque à laquelle il avait lieu. Toutes ces dénominations, plus ou moins arbitraires, ne me paraissent offrir aucune utilité réelle ; au contraire, elles ont l'inconvénient de surcharger la mémoire, et la plupart même sont impropres pour désigner l'objet qu'elles devraient rappeler ; tel est le nom de perte qu'Aristote donnait à l'expulsion de l'embryon avant le septième jour de la conception, et celui de blessure lorsqu'elle arrivait avant le quarantième. En effet, l'expression *perte* désigne bien plutôt une hémorrhagie utérine sans expulsion du fruit de la conception ; et celle de blessure, donne nécessairement l'idée d'une plaie ou d'une contusion. Les termes de fausse couche, d'accouchement prématuré, par lesquels les auteurs modernes indiquent aussi l'avortement et les diverses époques auxquelles il a lieu n'en donne pas une idée beaucoup plus exacte; car le nom de fausse couche, exprime plutôt l'expulsion hors de l'utérus d'une môle, des hydatides, que celui d'un embryon. La dénomination d'accouchement prématuré par laquelle les au-

teurs désignent plus particulièrement l'expulsion du fœtus avant terme, mais à une époque ou celui-ci est viable, a seule quelque signification en rapport avec ce sujet; elle n'en donne cependant pas une idée tout à fait juste, car l'avortement est toujours, à quelque temps de la grossesse qu'il ait lieu, un accouchement prématuré. Comme en Obstétricie on reconnaît que le fœtus est viable après le septième mois révolu de la conception, il me paraît bien plus simple de désigner l'expulsion avant terme du fœtus, par la dénomination générale d'avortement, en y joignant l'époque de la grossesse à laquelle elle arrive, et de dire par conséquent, avortement à six semaines, à deux, cinq, sept ou huit mois.

Pour ne pas embarrasser la mémoire et éviter toute confusion d'idée; je suivrai dans ce travail, la marche que je viens de proposer; et je définirai l'avortement, l'expulsion du fœtus hors de la matrice avant le terme révolu de la gestation.

De l'importance de son étude.

L'avortement est un point d'obstétricie du plus haut intérêt pour les gynécologues, il se rencontre si fréquemment et se repète ordinairement si souvent chez la même femme, lorsqu'une fois il a eu lieu, qu'il mérite toute la sollicitude du praticien, afin de l'éviter s'il est possible. Il exige d'autant plus une étude particulière, qu'il offre, presque toujours, pour résultat la mort de l'enfant, et des dangers réels pour la mère. En outre l'avortement doit encore fixer l'attention des accoucheurs; 1° par le grand nombre de causes qui peuvent y donner lieu; 2° par l'impossibilité fréquente de le prévenir, à cause de l'insuffisance des ressources de l'art; 3° pour aider la matrice à expulser le fruit de la conception lorsqu'elle ne peut plus en supporter le séjour; et 4° pour remédier aux suites fâcheuses que peut amener cet accident.

De sa fréquence.

La fréquence de l'avortement est généralement reconnue, mais on ne s'en formerait qu'une idée fausse si on la jugait seulement par les relevés qu'en ont donné quelques auteurs. C'est ainsi qu'on trouve que madame Lachappelle à observé 116 avortements sur 21960 grossesses. Un relevé de Wesminster en donne 147 sur 515, et M. Deubel, en indique 35 sur 420. Ces chiffres sont loin d'indiquer exactement la proportion des avortements, on en sera bien plus convaincu encore, si on considère combien il est rare qu'on reçoive dans les Maternités des personnes chez qui cet accident arrive avant la première moitié de la grossesse et surtout avec quelle facilité le fœtus est expulsé à une époque aussi peu avancée de la gestation. Aussi, dans la pratique particulière, observe-t-on une plus grande proportion d'avortements relativement au nombre des grossesses, que celle indiquée dans ces relevés. On reconnaîtra encore davantage la vérité de mon assertion, si en outre on considère combien d'avortements ont lieu sans que l'assistance d'un accoucheur soit réclamée; soit que la personne ait intérêt à cacher sa grossesse, soit qu'elle

ignorait elle-même son état, soit que l'avortement ait été si prompt et si facile qu'on n'ait pas eu le temps de réclamer des secours, qui plus tard ne sont invoqués que lorsque quelqu'autre accident vient compliquer les suites du part trop précoce; soit enfin, que la femme se contente de l'assistance d'une matrone ou d'une voisine imprudente, comme il arrive trop souvent et surtout à la campagne.

Quoique l'avortement ait souvent des suites fâcheuses, il arrive, plus fréquemment encore, que la femme se rétablit en très-peu de temps et quelques jours de repos suffisent pour qu'elle puisse de nouveau se livrer à ses occupations habituelles. C'est, sans doute, ce qui est cause de l'indifférence que beaucoup d'entre elles ont, dans ces circonstances, pour les secours de l'art, et si ce n'était le chagrin de la perte de leur progéniture, elles n'en feraient presqu'aucun cas.

1° *Suivant l'âge du fœtus.*

La fréquence de l'avortement varie encore selon l'époque de la grossesse; sous ce rapport elle mérite d'être considérée; je me range à cet égard de l'opinion de MM. Desormaux et Velpeau, qui considèrent les premiers temps de la grossesse comme ceux ou cet accident arrive le plus souvent, c'est ce que les observations que j'ai été à même de faire m'ont confirmé. Madame Lachappelle au contraire, dit que l'avortement est plus fréquent à six mois, puis à cinq, à trois, qu'à toute autre époque, cette différence tient sans doute, comme le fait remarquer M. Velpeau, à ce que dans les premiers mois, l'avortement incommode trop peu les femmes pour qu'elles jugent à propos de se faire transporter à la Maternité ou cette dame a recueilli presque toutes ses observations, tandis qu'il n'en est plus de même après la première moitié de la gestation.

2° *Suivant le sexe du fœtus.*

Le sexe de l'embryon aurait-il quelqu'influence sur la fréquence de l'avortement? C'est ce dont je ne puis pas bien me rendre compte. Toutefois, Morgagni a cru remarquer qu'il naissait un plus grand nombre de fœtus abortifs du sexe féminin que du sexe mâle. Desormaux qui partage cet avis, dit, que si le vulgaire croit le contraire, c'est que dans le principe, il est facile de confondre, au premier coup d'œil, une petite fille avec un garçon, et tellement qu'il n'est pas possible de les distinguer. Au total dit M. Velpeau, le sexe féminin semble d'autant plus l'emporter sur l'autre, que l'avortement à lieu plus près du temps de la conception. Il est probable cependant que la même différence de sensibilité, d'impressionnabilité et de force existent entre les sexes des fœtus avant comme après la naissance, et que par là, une cause à laquelle un embryon mâle aura résisté, puisse faire périr celui d'un autre sexe. Mes observations particulières ne peuvent apporter aucun éclaircissement sur cette question, j'avoue avoir été trop souvent indifférent sur le sexe de l'embryon ou du fœtus abortif, pour émettre une opinion à cet égard.

Des causes de l'avortement.

Les auteurs reconnaissent un grand nombre de causes comme pouvant donner lieu à l'avortement, ils les ont distinguées en prochaines et éloignées, en efficientes et prédisposantes, en celles qui tiennent à la femme, et en celles qui tiennent aux fœtus ou à ses dépendances; en causes spéciales, en périodiques, en mécaniques et en celles qui résultent de médications abusives et criminelles. La différence entre ces causes n'est pas assez tranchée pour les classer ainsi en séries distinctes; en effet, celles que l'on considère comme prédisposantes pour peu qu'elles soient continues ou portées à un plus haut degré, peuvent dévenir efficientes; et celles que l'on considère comme occasionnelles n'y donnent ordinairement lieu cependant, que pour autant qu'il existe au préalable une ou plusieurs causes prédisposantes. D'après ces considérations je ne crois pas devoir m'astreindre à ces distinctions scholastiques et je diviserai les causes de l'avortement en trois classes. 1° Celles qui dépendent ou agissent sur la mère. 2° Celles qui tiennent plus particulièrement au fœtus et à ses annexes. 3° Celles qui sont dues à une médication perturbatrice ou à des manœuvres criminelles. Cette marche me paraît plus simple et plus facile. J'ajouterai ici avant de passer à l'examen particulier des causes de l'avortement qu'outre celles désignées dans les trois classes que nous venons de reconnaître il en est d'autres encore que j'admets avec tous les auteurs, et sans lesquelles l'avortement ne pourrait avoir lieu; ces causes sont nommées déterminantes, elles consistent dans les contractions expulsives de l'utérus.

Des causes qui agissent particulièrement sur la mère.

Les causes de l'avortement qui dépendent de la mère ou qui agissent sur elle, sont en grand nombre; j'examinerai d'abord les tempéraments de la femme dans lesquels l'avortement arrive le plus souvent, j'y rallierai, autant que possible, les diverses causes que chacun d'eux peut faire naître ou auxquelles ils donnent plus d'activité. Je passerai, ensuite, aux différents états pathologiques de la mère qui peuvent donner lieu à l'avortement, pour terminer par les causes mécaniques qui agissent sur elle, je chercherai autant qu'il me sera possible à expliquer par quel mécanisme agit chacune de ces causes, ou de leurs groupes lorsque plusieurs d'elles ont une action analogue.

A. *Du tempérament lymphatique.*

Le tempérament lymphatique mérite certainement la première place dans l'examen de ceux qui disposent à l'avortement. La faiblesse générale, la mollesse des fibres, l'excès et la fluidité des liquides qui le caractérisent, disposent nécessairement et quelquefois suffisent seuls pour empêcher la grossesse d'arriver à son terme naturel.

Les femmes d'une constitution faible et lymphatique sont en effet très-disposées aux avortements, du moins cet accident leur arrive-t-il plus fréquemment qu'à celles d'un tempérament bilieux ou sanguin; soit que la débilité générale s'étende aussi au système utérin, dont la trop fibre môle dispose le col à se dilater par le poid seul de l'œuf, soit que la présence de germe y appelle une trop grande abondance de fluides, ou qu'il y provoque une irritation telle, qu'elle détermine les contractions de cet organe. Il est vrai de dire que le tempérament lymphatique n'est, dans la majeure partie des cas, pas à lui seul la cause de l'avortement; je reconnais cette vérité, et je ne le cite ici que pour l'indiquer comme en étant une des principales causes prédisposantes. Les personnes de cette constitution sont d'autant plus disposées à cet accident, que chez elles le système nerveux est presque toujours plus sensible, de manière qu'en général, elles sont plus impressionnables, et que chez elles une cause même légère telle que l'impression d'une odeur forte, d'une légère frayeur suffira pour y donner lieu, tandis qu'elle serait sans influence sur la gestation, chez une personne bilieuse ou sanguine. C'est chez les sujets dont je m'occupe dans ce paragraphe que l'on observe ces nombreux avortements qui font le désespoir des familles, et qui viennent pour ainsi dire à des époques fixes de la grossesse, c'est aussi chez ces personnes qu'on rencontre ordinairement à la suite de cet accident, les nombreuses affections organiques dont l'utérus est susceptible. En outre le tempérament lymphatique dispose essentiellement aux maladies du ventre, et les sympathies des organes abdominaux avec la matrice sont trop connues, pour que j'entre dans de plus long détails sur la part qu'elles peuvent avoir dans la production de l'avortement; c'est aussi chez ces personnes principalement que l'on observe la laxité du col utérin, qui est regardée avec raison, comme une cause fréquente de l'expulsion du germe avant l'époque ordinaire fixée par la nature.

La leuchorrée dont presque toutes les femmes lymphatiques sont affectées et qui est souvent plus abondante pendant la grossesse, mérite de fixer l'attention du praticien; parce que, si elle n'est pas le symptôme d'une affection locale, capable elle-même de mettre obstacle au cours de la grossesse, elle peut avoir le même résultat, en occasionnant la faiblesse générale, et par le trouble qu'elle détermine dans les fonctions surtout dans la digestion. Il en est de même pour la chlorose dont la leuchorrée n'est souvent qu'un premier degré, on observe particulièrement cette maladie en grand nombre dans les grandes villes, tandis qu'elle est fort rare à la campagne; l'insalubrité de l'air, la nourriture végétale, les occupations sédentaires, l'abus du café, les déréglements de l'imagination, la masturbation en sont surtout les causes les plus ordinaires. Cette maladie donne souvent lieu à l'avortement soit par l'état d'anémie qu'elle détermine dans tous les organes, soit que dans ces circonstances tout l'orgasme se porte vers l'utérus, soit que chez elles le sang trop aqueux ne contienne pas assez de parties nutritives pour suffire aux besoins du fœtus.

La scrofule, qui n'est peut-être que le tempérament lymphatique porté à l'excès, peut, par les vices de conformation qu'elle détermine quelquefois dans la cavité pelvienne, être cause de l'avortement, c'est ce qui a été noté,

par tous les auteurs, et ce que beaucoup de praticiens doivent avoir souvent observé.

Les diverses affections déterminées par le vice scrofuleux ou qui en reçoivent une impulsion plus grande, peuvent donc aussi être regardées comme disposant ou provoquant plus ou moins l'avortement. On peut ranger dans la même catégorie toutes les causes affaiblissantes et celles qui sont capables d'augmenter la prédominence lymphatique ou scrofuleuse, telles que la mauvaise nourriture, l'abstinence prolongée, l'habitation des lieux bas et humides et privés de la chaleur vivifiante des rayons solaires, les occupations sédentaires. Le chagrin, les inquiétudes peuvent aussi être cités quoiqu'ils trouvent naturellement leur place parmi les affections nerveuses, et que l'influence de l'encéphale sur le système utérin nous rende parfaitement raison de leur manière d'agir, parce qu'ils occasionnent aussi la faiblesse générale par le trouble qu'ils portent dans les fonctions.

Quoique beaucoup de femmes soient par les circonstances forcées de vivre continuellement au milieu de ces causes prédisposantes de l'avortement sans pouvoir les éviter, le plus grand nombre cependant accouchent à terme; néanmoins, c'est chez elles que l'on rencontre le plus fréquemment cet accident, et, celles qui parviennent au terme de leur grossesse, produisent ces enfants malingres, cachétiques, scrofuleux qui sont le désespoir des médecins et des parents, et qui sont condamnés au malheur pour toute leur vie. Ce n'est pas dans la classe indigente que l'on rencontre le plus souvent ces cas, au contraire on remarque souvent chez les enfants des pauvres un air de santé qu'on trouve rarement chez ceux des personnes opulentes; mais les causes que je viens d'énumérer agissent principalement sur les personnes de la classe moyenne de la société, chez les petits négociants, les boutiquiers; sur celles dont l'état exige d'habiter les lieux fréquentés, ou les habitations sont toutes sacrifiées aux besoins du commerce, et où les habitants ne respirent jamais qu'un air privé en grande partie de son principe vital; chez celles qui sont surchargées des soins de leurs affaires; chez qui les émotions, les inquiétudes sont de tous les instants. Aussi les affections lymphatiques, scrofuleuses héréditaires ou acquises, sont-elles plus fréquentes dans les grandes villes et chez les personnes d'une condition moyenne que chez celles des classes supérieure ou inférieure, c'est aussi chez elles que l'on remarque le plus souvent l'avortement.

B. *Du tempérament nerveux.*

Le tempérament nerveux dispose presqu'autant aux avortements que le tempérament lymphatique, il est donc juste de le placer en seconde ligne. On concevra facilement que les personnes de cette constitution y soient plus sujettes, puisqu'elles sont plus disposées aux impressions vives, que chez elles les affections morales surtout ont une très-grande influence et portent un plus grand trouble et une plus grande perversion dans toute l'économie animale. L'influence du système nerveux et de l'encéphale sur l'utérus est considérable et réciproque, l'action de ces organes l'un sur l'autre suffit pour nous rendre raison des avortements qui viennent à la suite

des causes morales, aussi les accoucheurs ont-ils fréquemment occasion d'observer des faits de ce genre. Les causes qui agissent sur le système nerveux et qui par leur sympathie sur l'utérus donnent lieu à l'expulsion de l'œuf avant terme, sont très-nombreuses; c'est principalement en provoquant sympathiquement les contractions de la matrice qu'elles agissent; elles y donnent lieu aussi, en provoquant une oscillation interne générale et particulière de la matrice, qui peut occasionner la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires. Elles peuvent encore agir, par la sympathie du système nerveux sur l'appareil circulatoire, en produisant une pléthore utéro-plancentaire; en accélérant ou en ralentissant le cours du sang. J'exposerai plus loin la théorie et le mécanisme de cette pléthore. Ces causes ne bornent pas toujours leur action sur la mère, elles s'étendent même jusqu'au fœtus; dans quelques cas exceptionnels, elles agissent seulement sur ce dernier. Sans soulever ici la question encore indécise, de la part que peut avoir l'imagination de la mère sur les monstruosités dont le fœtus est susceptible, mais afin de prouver mon assertion, sur l'influence des causes morales sur le germe, je dirai seulement, que l'action des affections morales de la mère sur le fœtus se manifeste dans certaines circonstances, par l'augmentation et les désordres des mouvements de ce dernier, et dans d'autres, en les diminuant ou en les anéantissant tout à coup, en déterminant instantanément la mort de l'enfant.

Obs. I. — Une jeune dame nerveuse, à qui je donnai habituellement des soins, jouissait d'une parfaite santé, et était arrivée au septième mois de sa grossesse, elle avait toujours accouché à terme et heureusement. Depuis deux mois elle sentait parfaitement son enfant, dont les mouvements indiquaient la force. A cette époque elle reçut tout à coup la nouvelle de la mort de son frère qu'elle aimait beaucoup et dont on lui avait laissé ignorer la maladie. L'impression morale qu'elle en éprouva fut profonde, et depuis ce moment elle ne sentit plus les mouvements de son enfant; trois jours après des douleurs utérines se manifestèrent, qui au bout de six heures, expulsèrent un enfant, dont la flacidité du cordon et l'état de l'épiderme pouvait faire remonter l'époque de la mort à celle ou la mère éprouva cette vive secousse nerveuse.

Si une peine vive et subite peut produire l'avortement, comme nous venons de le voir dans l'observation précédente, un chagrin profond, réel ou imaginaire, longtemps continué, pourra avoir le même résultat; mais comme la cause est plus lente, son action sera aussi plus tardive, l'avortement a lieu alors par l'effet suivant, soit que dans cet état l'inervation est moindre, soit que l'assimilation n'est pas complète et en rapport avec les besoins du fœtus. D'autres impressions morales telles que la joie, la frayeur (1), la co-

(1) Le 9 août 1691, j'ai vu une femme qui estoit avortée il n'y avoit que deux jours, par une grande et subite frayeur qu'elle avoit eûë d'un grand éclat de tonnerre, estant restée pour lors presque évanoüie et ayant eu dès le lendemain de cette grande frayeur un commencement de perte de sang, qui lui causa enfin cet avortement; cette seule violente agitation de l'esprit ayant produit en elle le même accident, que la trop grande agitation du corps cause assez souvent en d'autres. (Mauriceau, observ. sur la grossesse et l accouchement des femmes et sur

lère (1), produisent aussi quelquefois l'avortement par leur action sur le système nerveux, mais ils agissent en même temps par leur influence sur la circulation comme je l'ai expliqué plus haut, en donnant lieu à une pléthore utéro-placentaire, et par-là, à la rupture des vaisseaux de communication de ces organes, où à la mort du fœtus par apoplexie.

Obs. II.—J'ai vu deux femmes qui ont avorté vers le septième mois de leur grossesse, à la suite de violentes colères, chez qui les enfants présentèrent tous les signes propres à faire reconnaître que leur mort était due à une conjestion cérébrale.

Le mécanisme par lequel les convulsions, les accès d'hystérie, d'épilepsie, etc., produisent la sortie prématurée du fœtus est en partie le même que celui des causes que nous venons d'examiner. Mais il faut y ajouter sans doute, que dans ces cas, la matrice participe pour sa part dans ces affections, et que les mouvements convulsifs de ce viscère sont surtout propres à déterminer les véritables contractions expulsives de l'utérus, à détruire les adhérences du placenta et par suite l'hémorrhagie et la mort de l'embryon.

Les veilles prolongées agissent aussi en augmentant la sensibilité nerveuse, mais en même temps, par leur action affaiblissante, sur toute l'économie, en augmentant la prédominence et l'irritabilité de l'utérus et en donnant ainsi lieu à une plus grande affluence de sang vers cet organe, ce qui constitue la pléthore ou l'apoplexie utérine. Elles influent aussi d'une manière fâcheuse sur toutes les fonctions, mais surtout sur la digestion, de là une assimilation incomplète, et le sang de la mère trop apauvri, ne contenant plus assez de parties nutritives pour le fœtus, jette celui-ci dans un marasme qui le conduit à la mort.

L'impression désagréable des odeurs fortes, celle d'une chandelle qu'on éteint, l'ébranlement d'un bruit considérable, donnent aussi lieu à l'avortement par l'intermédiaire du système nerveux ; cette dernière cause détermine aussi une oscillation générale chez la femme qui retentit dans l'utérus et qui peut occasionner la rupture de quelques vaisssaux utéro-placentaires.

leurs maladies. Paris, 1695, observ. 428. Voir aussi les observ. 226, 469, 628, 645 et 692.

(1) Le 12 novembre 1678, j'ai accouché une femme d'un enfant de six mois, qui venoit les pieds devant : laquelle avoit depuis trois jours une médiocre perte de sang, qui lui estoit arrivée après une grande facherie. J'avois déjà accouché cette même femme le 13 janvier précédent, pour une autre très-grande perte de sang, qui lui estoit encore arrivée par une semblable cause, au septième mois de sa précédente grossesse, estant pour lors presque à l'extrémité. Ces sortes de passions de l'esprit, quand elles sont violentes, comme elles sont ordinairement aux femmes, et principalement la colère, leur causent assez souvent, aussi bien que les trop grandes agitations du corps, des pertes de sang et des avortements de cette nature : parce que donnant au sang un subit et impétueux mouvement, qui fait qu'il se porte en trop grande abondance vers la matrice, l'enfant en est suffoqué, ou bien il se fait une rupture des vaisseaux de la matrice, qui étant trop pleins, viennent à se crever, en faisant en même temps détacher prématurément l'arrière-faix d'avec elle. (Mauriceau, loc. cit., observ. 237.)

M. Gardien (1) dit, que Baudelocque rapportait dans ses leçons. « Que pendant
» les huit premiers jours qui suivirent l'explosion de la plaine de Grenelle,
» il avait été appelé pour soixante-deux femmes en périls ou en état d'avor-
» tement. Lors de cette forte détonation, l'épouvante qui se joignit à la
» commotion fit périr plusieurs fœtus dans le sein de leur mère, et déter-
» mina, chez un millier d'autres femmes qui n'étaient pas enceintes, des
» spasmes, des accès d'hystérie, des mouvements convulsifs. »

C'est aussi en partie par leur action sur les nerfs que les impressions vives, telle que l'immersion subite dans l'eau froide, peuvent déterminer l'avortement ; mais elles agissent surtout par les conjestions utérines qu'elles produisent en refoulant le sang de la périphérie vers les organes internes.

L'abus des saignées (2), des bains chaux, agissent doublement, en occasionnant la faiblesse et un relâchement général, et en augmentant la susceptibilité nerveuse, ils ont aussi une action directe sur l'utérus et sont surtout propres à ramollir son col et à le disposer à la dilatation. Ces causes agissent aussi sur l'embryon et peuvent déterminer sa mort.

Les tempéraments lymphatiques et nerveux se trouvent souvent réunis chez la même femme. On a vu par ce que j'ai dit plus haut, que les causes qui augmentent la faiblesse, augmentent aussi l'état nerveux de la femme et vice versâ ; il en résulte donc que ces causes auront des effets d'autant plus prononcés que la réunion de ces deux tempéraments se trouvera plus intime. Il s'en suit aussi que les moyens qui sont propres à remédier à l'un de ces tempéraments, aux causes qui le produisent ou l'augmentent ou à ses effets, conviennent également à l'autre ; que s'il existe pour chacun de ces états quelques remèdes particuliers, ils devront dans beaucoup de circonstances être employés simultanément.

Du tempérament sanguin.

Le tempérament sanguin ou pléthorique, doit aussi être mis au nombre des causes capables de produire l'avortement. Il semblerait cependant, d'après ce que j'ai avancé en parlant des tempéraments lymphatiques et nerveux que celui dont je vais m'occuper doit être le plus favorable pour que la grossesse puisse arriver heureusement à son terme naturel. En effet, l'avortement dépendant de cette cause, n'a lieu que lorsque la pléthore est portée à un haut degré, et lorsqu'elle constitue un véritable état pathologique où lorsque quelqu'autre cause vient s'y ajouter : soit que cette cause dépende elle-même de la constitution de la femme, ou qu'elle y soit étrangère. La femme enceinte paraîtrait devoir être plutôt exempte d'un excès de pléthore que toute autre, puisqu'elle doit nourrir de son sang l'être qu'elle renferme ; le contraire cependant se remarque ordinairement ; soit que

(1) Traité des accouchements, des maladies des femmes et des enfants. 4 vol. in-8°, Paris, 1816.
(2) Mauriceau, loc. cit., observ. 66.

la grossesse augmente chez elle la sanguification, ou que dans cet état elle consomme une plus grande quantité d'aliments, ou qu'elle fasse moins d'exercice, il est de fait que la surabondance sanguine a souvent lieu chez les femmes enceintes, et nécessite assez fréquemment des déplétions pendant la durée de leur grossesse, surtout chez celles où le tempérament y dispose déjà. C'est de là sans doute qu'est né le préjugé vulgaire qu'il est bon que toute femme qui a conçu se fasse saigner lorsqu'elle est parvenue à mi-terme, quelque soit sa constitution ; c'est ce qui fait aussi, que les accoucheurs sont souvent appelés pour saigner des femmes qui jouissent d'une parfaite santé, ou chez qui il y a plutôt défaut que surabondance de sang. Comme on en a souvent abusé il est nécessaire que dans ces cas le praticien agisse avec la plus grande circonspection, et qu'il juge par lui-même s'il y a nécessité de soustraire du sang ; car cette opération dans ces circonstances n'est jamais indifférente, et pratiquée intempestivement, elle peut donner lieu à des accidents fâcheux pour la mère et l'enfant, et détermine l'avortement bien plus souvent qu'on ne le pense.

La pléthore peut être générale ou locale, la première est surtout cause de l'avortement, parce qu'elle dispose davantage ou donne lieu aux maladies inflammatoires et aux hémorrhagies utérines, qui elles-mêmes, donnent souvent lieu à l'expulsion du fœtus avant le terme fixé par la nature. Dans cet état les vaisseaux sanguins peuvent être remplis au point que la circulation en est gênée ou que les vaisseaux se rompent, c'est ce qu'on observe pour le cerveau dans l'apoplexie, la même chose peut avoir lieu dans les vaisseaux utéro-placentaires, puisque la matrice et le placenta partagent comme tous les autres organes de la pléthore générale. La pléthore de la mère favorise et donne lieu à celle du fœtus, par conséquent elle peut être regardée comme la cause première, de plusieurs affections qui peuvent se développer chez ce dernier, et qui entraînent souvent à leur suite son hypertrophie et sa mort. Elle favorise aussi le développement de la placentite, l'hypertrophie du placenta et même les diverses dégénérescenses de cet organe qui sont plus ou moins incompatibles avec la continuation de la grossesse.

La seule pléthore locale que je doive examiner ici est la pléthore utérine. Elle est un des points les plus intéressants dans l'histoire de l'avortement, et nécessite un examen particulier. Dans cet état la matrice et le placenta contiennent une plus grande quantité de sang, leurs vaisseaux sont plus distendus, et peuvent l'être au point de se rompre par l'arrivée de nouvelles colonnes de sang, c'est principalement les vaisseaux utéro-placentaires qui sont le siége de ces ruptures, ils se rompent d'autant plus facilement qu'ils sont les moins bien soutenus par les parties environnantes. C'est dans les veines utéro-placentaires que ces ruptures ont ordinairement lieu, on en trouve les raisons très-bien expliquées dans un mémoire de M. Jacqmier (1).

« Les artères utéro-placentaires, dit-il, bien que le tissu ambiant dans » lequel elles rampent soit facile à déchirer, et les soutienne d'une manière

(1) Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation, et sur l'apoplexie utéro-placentaire, Arch. gén. de médecine, 1839.

» bien moins sûre que le tissu élastique de l'utérus, doivent rarement être
» primitivement le siége de rupture par l'effort du sang. Cette proposition
» me paraît incontestable, si l'on fait attention au petit volume, à l'épais-
» seur assez considérable des parois de ces vaisseaux et à la manière dont
» le sang y circule. Les veines utéro-placentaires au contraire, par leur
» situation et par leur organisation, ne peuvent opposer qu'une résistance
» médiocre qui sera facilement surmontée. En effet, si ces larges canaux
» veineux sont encore soutenus d'un côté, par la partie de la face interne
» de l'utérus qui leur correspond, de l'autre, le tissu plus dépressible du
» placenta entre les lobes duquel plusieurs pénètrent, ne soutiennent que
» faiblement leurs parois si minces et si faibles. La tension de l'utérus sur
» l'œuf, celles des eaux de l'amnios contre les membranes, ne sont pas
» très-considérables, puisque la main peut assez facilement, pendant les
» deux derniers mois de la grossesse, déprimer, à travers les parois abdo-
» minales relâchées, une portion du globe utérin, jusqu'à le mettre au
» contact avec les parties les plus saillantes du fœtus. C'est cependant cette
» force excentrique, maintenue en activité par l'élasticité du tissu de l'uté-
» rus et par l'accroissement progressif de l'œuf, qui oppose la plus forte
» résistance à la rupture des veines utéro-placentaires. Le liquide amnio-
» tique et le corps qui y plonge, agissent encore contre les membranes et
» les parois internes de l'utérus par leur propre poids, comme tout liquide
» contre les parois du vase dans lequel il est contenu; cette force presque
» nulle dans la partie la plus élevée de l'utérus augmente à mesure qu'on
» s'approche du col. Mais dans les cas d'insertion du placenta vers la partie
» la plus déclive de l'utérus, cet avantage est compensé par la difficulté
» plus grande de la circulation veineuse qui devient ascendante. Ainsi
» quelque soit la partie de la face interne de l'utérus, où le placenta soit
» situé, les veines utéro-placentaires, surtout celles de la circonférence qui
» se trouvent placées en dehors de cet organe, pourront facilement être
» rompues par une tension un peu considérable du sang contre leurs parois
» si fragiles. »

D'après ce que je viens d'exposer, la pléthore générale est une des principales causes prédisposantes de l'avortement et ne devient occasionnelle que par la pléthore utérine qui l'accompagne. C'est donc cette dernière et la stase du sang dans les vaisseaux veineux utéro-placentaires, qui doivent être regardées comme donnant le plus ordinairement lieu aux métrorrhagies et à l'avortement qui suit souvent ces sortes de pertes; outre la disposition naturelle qui peut exister dans ces organes, et l'augmentation de son irritabilité par la présence de l'embryon dans la cavité de la matrice, plusieurs causes peuvent encore occasionner la pléthore ou la stase du sang veineux dans les vaisseaux de l'utérus et du placenta. C'est ainsi que pendant la grossesse la compression des jambes pour des varices peut donner lieu à des hémorrhagies et à l'avortement. M. Boivin en rapporte un exemple intéressant.

Obs. III. — Une cuisinière non mariée, enceinte de cinq mois, étant incommodée de nombreuses varices aux jambes, eut recours à l'application d'un bas de peau de chien. Quelque temps après elle eut une hémorrhagie utérine qui détermina la fausse couche. Redevenue enceinte dans la même

année, elle employa le même moyen, et il en résulta le même effet. Cette espèce d'hémorrhagie s'étant renouvelée plusieurs fois dans le cours de deux ou trois ans, on reconnut enfin la double cause de cet accident, et cette femme, qui dans le remède qu'on lui avait indiqué pour la soulager de ses varices, avait découvert le moyen de se faire avorter chaque fois qu'elle était encore enceinte, fut enfin chassée de chez ses maîtres.

Les marches forcées, l'attitude debout longtemps prolongée, peuvent aussi favoriser la stase veineuse utérine. La compression des veines pelviennes par le développement de l'utérus, constitue encore une véritable prédisposition générale aux hémorrhagies utérines; et devient pour beaucoup de femmes cause efficiente de cet accident ainsi que de l'avortement. La faiblesse congénitale des veines utéro-placentaires, leur altération morbide et un état semblable de la membrane caduque, peuvent être admises comme causes des mêmes accidents, en favorisant la stase du sang dans les vaisseaux utéro-placentaires. Il en est de même pour la constriction des vêtements et surtout la compression de l'abdomen par le corset ou le busc qui gênent non-seulement la circulation abdominale mais en même temps le développement régulier de l'utérus.

A ces causes de l'hémorrhagie utérine il faut joindre les violences externes tels que les coups, les chutes d'un lieu plus ou moins élevé sur l'abdomen, le siége, les genoux ou les pieds, parce qu'elles peuvent produire immédiatement une perte sans qu'il y ait de prédisposition, par la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires, qui résulte de l'ébranlement qu'éprouve la matrice dans ces cas. Il est donc évident que lorsque ces prédispositions existent, leur action sera plus intense encore. A ces causes je joindrai en dernier lieu la suppression des hémorrhoïdes, de l'épistaxis ou d'un écoulement habituel.

Il résulte des considérations que je viens d'exposer que les hémorrhagies utérines sont presque toujours déterminées par l'effort du sang contre les parois des veines de l'utérus, effort produit par un trouble de la circulation utérine et abdominale, par une stase purement mécanique, ou par un mouvement fluxionnaire qui a d'abord pour effet d'augmenter la masse du sang dans tous les vaisseaux, et plus tard, de rompre les faibles digues qu'offrent les veines utéro-placentaires.

On ne doit pas croire cependant que toutes les hémorrhagies qui sont le résultat de la rupture des vaisseaux utéro-placentaires entraînent nécessairement le décollement de tout ou partie du placenta (quoique ceci ait lieu le plus souvent) aussi a-t-on remarqué assez fréquemment, que la rupture avait lieu dans les veines si grosses et si nombreuses qui entourent le placenta en forme de couronne. Le sang peut aussi lorsqu'il n'est pas en trop grande quantité, se répandre dans les interstices de ces vaisseaux et dans les cellules du tissu utéro-placentaire.

En poursuivant l'examen des causes de la pléthore utérine, on en trouve une qui diffère essentiellement de celles que je viens d'énumérer, celle-ci est produite par un mouvement fluxionnaire actif de l'utérus, et analogue par l'ensemble de ses phénomènes à ces pléthores locales qui précèdent les hémorrhagies actives par exhalation. C'est vers les époques menstruelles que cette cause se fait ordinairement remarquer, et elle peut se répéter

fréquemment pendant une seule grossesse, elle forme ainsi une nouvelle et principale cause de l'avortement.

Desormaux est un des premiers auteurs qui ait émis cette idée; suivant ce savant praticien il arrive bien plus souvent que l'hémorrhagie utérine pendant la gestation reconnaît les mêmes causes et se fait par le même mécanisme qu'à toute autre époque de la vie; il croit qu'il est bien plus naturel d'expliquer l'action de ces causes par la théorie des hémorrhagies en général. Cette opinion a été développée avec beaucoup de talent par M. Dugès et Mme Lachapelle, et les conséquences en ont été rigoureusement déduites par M. Velpeau, qui dit: (1) « La cause efficiente des pertes me paraît analogue » à celle de toutes les hémorrhagies, à celles de l'épistaxis par exemple, » l'exhalation sanguine se fait dans la matrice comme dans le nez, sous » l'influence d'une congestion locale, d'un afflux, d'un état d'irritation » particulier, du molimen hemorrhagicum dont Sthal a tant parlé. Lorsque » cet afflux, ce molimen, est arrivé à un certain degré, le sang transude » avec plus ou moins de force, et par une surface plus ou moins étendue, » comme dans l'état de vacuité de la matrice; seulement il a besoin d'une » impulsion plus grande, parce que pendant la grossesse, l'œuf qu'il est » forcé de décoller pour se frayer un passage, lui oppose nécessairement » une certaine résistance. Du reste, il me semble que dans son mécanisme » intime, l'hémorrhagie utérine qui ne dépend d'aucune lésion traumatique » est toujours la même à quelqu'époque et dans quelque condition qu'on » l'observe, lors de la grossesse comme pendant l'accouchement. »

Le mécanisme par lequel cette cause produit l'hémorrhagie utérine agit de deux manières différentes. Ainsi, ce molimen, ayant son siége dans les vaisseaux capillaires de l'utérus, peut en augmenter la force exhalante, et produire une hémorrhagie à la face interne de l'utérus qui décolle indifféremment le placenta ou les membranes; ou bien, il peut déterminer une accumulation anormale de sang dans le tissu de l'utérus, et alors les veines utéro-placentaires, engorgées et distendues, se déchirent. Toute la différence de cette cause avec les autres, consiste en ce qu'ici la distension des veines utérines et de leurs prolongements placentaires sont consécutives à un mouvement fluxionnaire qui a pour point de départ les petites artères et surtout les vaisseaux capillaires de l'utérus.

L'hémorrhagie utérine pendant la gestation a nécessairement pour effet d'affaiblir la mère et l'enfant, de les épuiser si elle est plus abondante et enfin de déterminer leur mort. Elle favorise en outre la dilatation du col, et est par conséquent une des principales causes de l'avortement, qu'il est de la plus grande nécessité de prévenir ou d'arrêter aussitôt qu'elle se manifeste.

J'ai dit que la pléthore pouvait aussi être cause de l'avortement en disposant l'économie aux maladies inflammatoires ou en leur donnant un plus haut degré d'activité. Dans ces cas le tempérament n'occasionne que secondairement cet accident, c'est donc ici le lieu d'indiquer l'influence de ces maladies sur le cours de la gestation. Cette influence que l'on a si sou-

(1) Traité de l'art des accouchements. Paris, 1835.

vent occasion de constater, résulte de l'accélération de la circulation, du trouble général de l'économie, de la sympathie de l'organe siége de l'inflammation, avec l'utérus, et de la douleur qu'elle produit. Il est de fait que plus la douleur est grande, plus aussi l'organe affecté à des correspondances sympathiques avec la matrice plus l'avortement est à craindre; en effet cet accident arrive fréquemment pendant le cours d'une fièvre inflammatoire, d'une pleurésie, d'une pneumonie, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, etc. Plus l'organe enflammé est rapproché de l'utérus plus les craintes de l'avortement doivent être fortes, aussi l'influence fâcheuse qu'exercent les affections du bas-ventre, surtout celles qui occupent le canal intestinal et principalement la diarrhée et la dyssenterie, sur le cours de la grossesse sont-elles généralement reconnues. Si l'inflammation existe dans la vessie ou le rectum elle pourra par la proximité de ces organes se communiquer à l'utérus et donner lieu ainsi à l'expulsion du produit de la conception. La cause agira bien plus activement si elle attaque des organes plus directement liés à l'utérus tels que les ovaires ou les trompes, ou si elle a son siége dans cet organe lui-même; car il me semble impossible, qu'une métrite aiguë permette que la grossesse arrive à sont terme, et, quoiqu'on l'observe quelquefois, la métrite chronique produit ordinairement le même accident. Si l'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus donne lieu à l'avortement, les diverses affections organiques de cet organe qui sont le résultat de son inflammation doivent aussi être considérées comme causes prédisposantes ou efficientes, selon qu'elles sont plus ou moins avancées, et qu'elles occupent une plus ou moins grande étendue de cet organe. Aussi observe-t-on fréquemment l'avortement dans les cas de dégénérescence squirrheuse, encéphaloïde, etc., de la matrice.

Comme je viens de l'avancer les affections organiques de l'utérus ne permettent à la grossesse d'arriver à son terme naturel, que pour autant qu'elles n'occupent qu'une petite portion de cet organe, plus étendue elles y mettent obstacle par le même mécanisme que les déplacements, les déformations, les adhérences contre nature de la matrice, des ligaments ronds et larges, des trompes et des ovaires, soit entr'eux ou avec les parties voisines, en empêchant le développement régulier et facile de ce viscère. La rigidité des fibres de la matrice agit aussi par le même mécanisme, c'est sans doute cette cause qu'on doit accuser de la fréquence des avortements chez les femmes qui conçoivent à un âge avancé, tandis que c'est à l'irritabilité de l'utérus qu'on doit l'attribuer chez celles qui conçoivent à un âge peu avancé et lorsqu'elles n'ont pas encore acquis leur entier développement.

L'avortement survient souvent dans le cours des maladies aiguës de la poitrine comme je l'ai dit plus haut, mais il est d'autant plus à craindre que la toux qui est un des principaux symptômes de ces maladies, est elle-même plus intense, car outre la sympathie des organes, le trouble des fonctions, l'accélération de la circulation; les secousses de la toux, en gênant la circulation pulmonaire, favorisent la stase veineuse dans les vaisseaux utéro-placentaires; l'ébranlement général qu'elles occasionnent retentit dans la matrice, et doit nécessairement contribuer à la rupture de quelques-uns de ces vaisseaux. Aussi l'asthme, la coqueluche, la bronchite sont-elles à redouter par les femmes enceintes. De toutes les maladies de ce genre, je n'en connais

pas de plus fâcheuse pour la grossesse que la grippe, l'épidémie qui nous à visité il y a trois ans m'en a donné de nombreux exemples, j'ai été appelé chez un grand nombre de femmes enceintes attaquées de cette maladie, et j'ai eu la douleur d'en voir mourir la plupart; beaucoup ont avorté, et toutes celles ou l'avortement eut lieu ont succombé. Ces fâcheux résultats doivent être attribués principalement à l'intensité et à la fréquence de la toux, ainsi qu'à l'état aigu de l'inflammation, car je ne pense pas que cette maladie ait une influence particulière qui la rende plus fâcheuse pour les femmes qui ont conçu, que pour celles qui sont hors de l'état de grossesse.

Plusieurs maladies épidémiques, endémiques ou sporadiques, déterminent l'avortement par le même mécanisme que l'inflammation en général lorsqu'elles ont ce caractère; d'autres, me semblent, y donner plutôt lieu en altérant les liquides de la mère et en les rendant impropres à la nutrition du fœtus; je citerai par exemple le typhus, le scorbut. D'autres donnent lieu en se communiquant de la mère à l'enfant comme dans la variole, la syphilis.

Je mets la syphilis au nombre de maladies qui peuvent être cause de l'avortement parce que je la trouve indiquée par la plupart des auteurs. Je n'ai pas la prétention de rejeter cette cause, parce que mon expérience particulière ne peut être comparée à celle des auteurs qui ont désigné cette maladie comme pouvant donner lieu à cet accident, et que je ne puis rien contre les faits rapportés; je dirai seulement que l'affection syphilitique seule paraît le produire bien rarement. J'ai eu fréquemment occasion d'observer des femmes enceintes et syphilitiques, j'ai vu beaucoup d'enfants naître avec tous les signes d'infections vénériennes très-développées, mais je n'ai jamais observé d'avortement chez ces personnes. Je dois dire ici, que sans savoir au juste pour qu'elle raison, j'ai toujours eu une répugnance d'administrer un traitement mercuriel pendant la grossesse, et que je me suis toujours borné dans cet état aux soins généraux et aux sudorifiques, n'employant les mercuriaux qu'après l'accouchement. Cette répugnance d'employer dans ces cas, une substance d'un usage si général, n'était pas le résultat d'une conviction intime que j'aurais eu, que son influence était fâcheuse pour l'embryon; j'ai cru à cette influence fâcheuse en lisant les observations et les réflexions que M. Paul Dubois a insérées dans la Gazette des hôpitaux du 22 novembre 1836, nº 139 et que je vais rapporter.

Obs. IV.—Dans la salle nº 4 est couchée Melle V..., âgée de 20 ans, lingère, elle vient d'accoucher le 15 novembre, à deux heures du matin, d'une fille putréfiée vers l'époque du huitième mois de la grossesse. Depuis quinze jours elle ne sentait plus remuer son enfant, et en se retournant sur les flancs, elle sentait un poids qui tombait du côté correspondant. L'accouchement a été spontané, le délivre naturel. Le travail a duré dix-neuf heures. L'enfant présentait le sommet dans la position occipito cotyloïdienne gauche.

Dans les derniers temps de la gestation, la femme avait été soumise à un traitement mercuriel à cause d'une éruption syphilitique et d'un écoulement vaginal abondant de même nature, dont elle était atteinte. Elle avait en outre été traitée naguère dans le service de M. Cloquet d'un engorgement au sein.

Les suites des couches ayant été heureuses la femme est aujourd'hui bien portante.

Obs. V. — Une femme de la campagne, âgée de trente et quelques années, entra en 1833, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren, pour être traitée d'une amblyopie bilatérale. Elle était enceinte de cinq mois et avait caché sa grossesse dans la fausse crainte d'être renvoyée de l'hôpital. Le commémoratif ayant fait présumer chez cette femme l'existence d'un principe vénérien, Dupuytren ordonna l'usage des pilules mercurielles d'après sa formule. Quelques jours après le commencement de ce traitement, la malade a été saisie dans la nuit de colliques violentes qui amenèrent un fœtus mort. Dupuytren s'indigna avec raison contre la réticence de la malade il ne l'aurait pas traitée ainsi pour sa cécité, s'il avait été instruit de sa grossesse. Les suites de l'avortement ont été heureuses. Il est bon d'ajouter que cette femme était déjà mère de plusieurs enfants et qu'elle n'avait jamais fait de fausse couche.

Obs. VI. — Dans la même année une jeune femme enceinte pour la première fois, se présente, vers l'époque du septième mois révolu, à la même clinique pour être débarrassée de plusieurs masses fongueuses qui encomcombraient le vagin, et d'un écoulement abondant et fétide des parties, provenant d'une blennorrhagie qu'elle avait contracté dans le coït. La femme était bien portante du reste, mais sa constitution était délicate. Dupuytren considérant que ces végétations auraient pu mettre obstacle à l'accouchement, se détermina à les exciser; il employa à cet effet des érignes, des pinces, des spéculums, des bistouris boutonnés et de longs ciseaux. Enfin il vint à bout, non sans peine, à enlever les grouppes les plus considérables de ces excroissances. Le siége profond de la maladie avait rendu l'opération très-difficile. Il s'écoula beaucoup de sang provenant des plaies d'abord, puis il se déclara une hémorrhagie effrayante qu'on jugea provenir de l'utérus. La position horizontale du tronc, l'élévation et l'inclinaison en arrière du pelvis, les applications froides aux aines et à l'hypogastre, le temponnement enfin, suffirent à peine pendant trois jours à conjurer l'orage. Le sang avait coulé abondamment, et la femme resta pâle et faible, mais aucun signe d'accouchement ne se déclara pendant ce temps. Il y a même lieu de douter si le sang avait eu sa source dans la matrice ou le vagin. En attendant, la femme se rétablit, les plaies suppurèrent, mais l'écoulement blanc du vagin continua comme auparavant.

Dupuytren la mit alors à l'usage des pilules mercurielles, dans le double but de tarir l'écoulement qui l'affaiblissait, et de dissiper le reste des végétations. La femme touchait déjà à son huitième mois; à peine ce traitement eut-il été suivi pendant une semaine que des douleurs utérines se déclarèrent, et elle accoucha d'un enfant vivant mais faible.

« Ces faits sont propres à démontrer l'influence fâcheuse de l'administration du mercure chez les femmes enceintes, sur la marche de la grossesse. Les deux premiers surtout sont concluants. Il semblerait dans ces cas, que le mercure a agi principalement sur l'enfant, et a occasionné sa mort, dont l'avortement n'a été que la conséquence nécessaire. M. Dubois déduit de ces faits la conclusion suivante : (que si l'on veut tenir compte des cas analogues cités par Mauriceau et par d'autres auteurs,) que la recomman-

dation de ne point administrer le mercure dans les derniers temps de la gestation est très-sage, et qu'elle ne doit pas être oubliée. Cette pratique paraît d'autant plus convenable que la spécificité antisyphilitique du mercure est mise en cause aujourd'hui par des observateurs compétants.

Tout en admettant la possibilité de l'avortement occasionné par la syphylis, je pense, comme M. Dubois, que l'administration du mercure pendant la grossesse, peut être nuisible, et que le plus grand nombre des avortements qui surviennent chez les femmes infectées sont dus à l'usage de ce médicament. Comment agit cette substance? on l'ignore encore. Il pourrait bien se faire que ce soit en diminuant la plasticité du sang, effet que M. Dumont de Gand a démontré (1), et en le rendant ainsi impropre à la nutrition du fœtus.

Un fléau qui a fait un grand nombre de victimes et a mis obstacle au cours de nombreuses grossesses, est le Choléra-asiatique; le mécanisme par lequel il produit l'avortement, ne pourra être expliqué que lorsqu'on aura une connaissance parfaite de la nature de cette maladie; jusque-là on ne peut qu'indiquer cette cause; j'ajouterai seulement que le défaut d'inervation et le ralentissement de la circulation doivent y contribuer pour beaucoup. Peut-être aussi que les crampes se produisent en même temps dans l'utérus, et que ces contractions nerveuses ne sont pas étrangères à la production de cet accident.

L'hydromètre, l'hydramnios, la présence d'hydatides ou l'existence de productions fibreuses et polypeuses dans la cavité de la matière ou dans son tissu, mettent obstacle au cours régulier de la gestation, soit en empêchant l'embryon d'acquérir son développement nécessaire, soit en faisant parvenir la matrice trop tôt à son maximum d'extensibilité et en la forçant ainsi à réagir sur son contenu.

L'hydro-ophorie, l'hydro-trompe ainsi que le développement d'autres tumeurs dans les environs de l'utérus, peuvent aussi être causes de l'expulsion du fœtus avant terme, en mettant obstacle au développement facile et régulier de la matrice.

Les conceptions multiples sont encore des causes fréquentes d'avortement, et si l'on voit quelques femmes accoucher heureusement à terme de trois ou quatre enfants, il arrive bien plus souvent, que la femme avorte lorsque la matrice contient plus d'un fœtus, soit que les embryons n'aient pas assez de nourriture, soit que la présence de plusieurs germes irritent trop l'utérus, soit que ce viscère atteint trop tôt son maximum d'extensibilité.

On vient de voir que plusieurs affections aiguës peuvent occasionner l'avortement. Lorsque celles-ci sont devenues chroniques, quoique leur action soit alors moins intense, elles sont encore regardées comme des causes prédisposantes; dans ce nombre les auteurs comprennent le rhumatisme, le cancer, la phthisie, etc. Cette dernière affection mérite une remarque spéciale, c'est que lorsqu'elle n'est pas encore très-avancée, et que la femme devient enceinte, la maladie semble rester stationnaire, ou simule une amélioration marquante, qui, après l'avortement, ou l'accouchement lorsque la

(1) Annales de la Société de médecine de Gand.

grossesse est parvenue à son terme, disparaît bientôt, et la maladie alors fait des progrès d'une rapidité effrayante. Dans plusieurs cas, surtout lorsque l'affection n'était pas très-intense, la grossesse les a guéris spontanément, quoique antérieurement un traitement méthodique avait été infructueux; dans d'autres cas, elle a agravé des affections légères au point qu'elles ont eu les suites les plus fâcheuses. En général on remarque que la grossesse a une influence favorable sur les maladies inflammatoires lorsqu'elles sont légères, mais qu'elle agrave presque toujours les affections nerveuses.

Aux nombreuses causes de l'avortement qui agissent principalement sur la mère que je viens d'examiner, on doit encore en ajouter plusieurs autres, c'est ainsi que les efforts violents de la danse, pour sauter, crier, chanter, puiser de l'eau dans un puits, ou soulever un fardeau ont fréquemment produit l'avortement. Ces causes agissent par l'accélération qu'elles occasionnent dans la circulation, par les suspensions momentanées de la respiration qui gênent le cours du sang dans les poumons, et déterminent ainsi consécutivement une stase sanguine dans les vaisseaux utéro-placentaires, ou par la secousse des organes que la matrice partage comme les autres. Les mouvements de l'équitation, les cahots d'une voiture mal suspendue ou roulant sur une voie rabotteuse (1) agissent principalement par ce dernier mode d'action. Les baillements, les pendiculations (2) agissent particulièrement par leur action sur

(1) Le 2 octobre 1672 j'ay accouché une jeune femme, qui estant grosse de sept mois de son premier enfant, s'estoit blessée en allant le jour precedent à Versailles dans un carrosse de voiture trop rude. Lorsque je fus appelé pour la secourir, je trouvay que sa sage-femme ayant tentée de la délivrer de cet enfant, qui s'estoit presenté par les pieds, avait bien fait sortir tout le corps ; mais que la teste estoit restée au passage sans l'en pouvoir tirer, comme je fis à l'instant mesme que je fus arrivé, après avoir dégagé le menton du passage, avec l'aide de mon doigt introduit dans la bouche de ce petit enfant, qui palpitoit encore lorsque je l'eus tiré. Après que j'eus ainsi accouché et délivré cette femme, elle me dit que d'abord qu'elle avoit senti les premières douleurs de l'accouchement, elle s'estoit consolée par la croyance commune qu'elle avoit qu'étant grosse de sept mois, son enfant pourrait vivre dans la suite. Mais elle fut bien desabusée par sa propre experience de cette opinion vulgaire; car son enfant etait si petit, comme sont tous les enfans à ce terme ; qu'il n'aurait jamais pû vivre dans la suite, quand même elle auroit accouché sans aucun accident à ce mesme terme de sept mois ; dont les accouchemens qui sont toujours prématurez, devroient plutôt estre appelez avortements, que véritable accouchemens, comme on les nomme abusivement. (Mauriceau, loc. cit., observ. 79. Les obs. 292 et 308 rapportent l'histoire de faits semblables.

(2) Le 14 février 1679 j'ay délivré une femme qui venoit d'avorter d'un enfant de six mois, après s'estre blessée il y avoit quinze jours, en levant trop les bras pour attacher un clou à une tapisserie. Aussitost qu'elle eut fait ce léger effort, elle fut surprise d'une petite perte de sang, qui continua durant les deux premiers jours ; après quoy elle vuida seulement durant le reste de ce temps, une simple serosité sanglante semblable à la lavure de chair, dont elle sallissoit deux serviettes par chacun jour; et nonobstant cet accident, elle ne laissa pas que d'accoucher heureusement de cet enfant qui estoit vivant. La cause de ces sortes de blessure qui arrivent aux femmes grosses qui font effort en levant les bras, vient de ce que les muscles qui les font abaisser, estant extrémement

la circulation et la respiration. C'est en partie par le même mode d'action que l'avortement a lieu à la suite des efforts que font les femmes pour aller à la garde-robe ou rendre leurs urines, cependant dans ces cas l'action compressive du diaphragme et des muscles abdominaux sur l'utérus y contribue le plus. On peut encore ranger dans la même catégorie des causes de l'avortement, les vomissements, quoiqu'en fait ils le produisent bien rarement, bien plus rarement surtout que la toux.

L'abus du coït chez les femmes enceintes, principalement chez celles qui sont faibles, lymphatiques ou nerveuses, doit aussi être indiqué comme une cause fréquente de l'expulsion prématurée du fœtus, soit que cet acte surexcite la sensibilité utérine, soit qu'il y appelle une surabondance de fluide, quoi qu'il en soit, il est toujours prudent de recommander aux femmes enceintes de n'user que médiocrement des plaisirs de l'amour, et il est utile de les proscrire entièrement pendant le cours de la grossesse chez celles qui sont faibles, très-nerveuses ou qui ont eu précédemment des avortements.

Obs. VII. — Une dame à laquelle je donnai mes soins, eut quatre avortements successifs à des époques différentes de la grossesse; son mari peu de temps après son mariage, eut de fréquents accès d'aliénation, et était très-porté à l'acte de la copulation, malgré mes recommandations elle ne pouvait toujours lui résister. Au commencement de sa cinquième grossesse, son mari vint à mourir, et celle-ci arriva heureusement à son terme, elle accoucha d'un enfant vivant. Cette dame se maria en seconde noces; au bout de deux ans elle devint de nouveau enceinte, et son second mari plus raisonnable que le premier, n'ayant plus abusé des plaisir du mariage, cette grossesse arriva aussi à son terme, et elle donna le jour à une fille bien portante.

L'abus des liqueurs fortes est aussi une cause d'avortement, par l'excitation générale qu'elles occasionnent, et par les diverses maladies qui peuvent en résulter. Les effets pernicieux de l'abus des alcooliques s'observent trop fréquemment pour qu'on soit étonné que je les mette au nombre des causes pouvant produire l'expulsion du fœtus avant le terme révolu de la gestation; malheureusement notre pays en offre trop d'exemples, surtout dans les campagnes où l'usage du genièvre est si général. Les nombreuses maladies qui sont la suite de ces abus, et qui minent ou détruisent petit à petit l'organisme de ceux qui s'y adonnent, lorsqu'ils n'en occasionnent pas instantanément la mort, en sont la preuve. Pour peu qu'on ait exercé les ac-

tendus dans cette action des bras, ils font pour lors une violente compression des cotez du ventre et de la matrice, qui faisant détacher en partie l'arriére-faix, cause ensuite une perte de sang qui excite l'avortement.

Le 27 août 1683, j'ay accouché une femme au sixième mois de sa grossesse, d'un enfant qui présentait les pieds, lequel je tirai en cette position vivant. Cette femme s'estoit blessée il n'y avoit que trois heures en levant trop les bras, pour ouvrir une fenestre ; ce qui fait bien connaistre la grande facilité qu'ont certaines femmes grosses à se blesser pour le moindre effort qu'elles puissent faire, et la nécessité que ces femmes ont de se tenir en grand repos pour pouvoir conserver leur grossesse jusques à terme. (Mauriceau, observ. 242, 341.)

couchements et qu'on ait eu occasion d'assister des femmes adonnées à l'usage des spiritueux on aura observé, que leurs grossesses sont presque toujours orageuses, souvent accompagnées de perte, et que lorsqu'elles parviennent jusqu'au terme naturel, elles ne donnent le jour qu'à des êtres petits, faibles, maigres ou desséchés, fréquemment privés de vie et quelquefois noirs, comme carbonisés ou momifiés. On aura remarqué aussi que bien souvent, chez ces personnes, les douleurs du part surviennent et déterminent l'expulsion du fœtus à une époque plus ou moins éloignée du terme naturel de la gestation. En effet, l'abus des alcooliques ne donne-t-il pas naissance à la plupart des causes qui peuvent produire l'avortement; la surexcitation générale qu'ils occasionnent peut déterminer le développement des maladies inflammatoires les plus aiguës dans les organes qui sont en contact avec eux, ou dans ceux qui ont quelques dispositions à l'inflammation. L'affaissement qui vient à la suite de cette surexcitation, n'est pas moins nuisible, en diminuant ou suspendant pour ainsi dire l'inervation. La colère qui accompagne souvent l'ivresse est, comme je l'ai déjà mentionné, une cause fréquente de l'avortement. Enfin le sang des personnes qui font habituellement abus des liqueurs spiritueuses, doit nécessairement être trop excitant pour un être aussi délicat que le fœtus, et déterminer chez lui des maladies dont la mort est presque toujours le résultat. Les nombreuses observations de combustions spontanées chez les personnes adonnées à ce vice, démontrent à l'évidence l'action nuisible que doit produire sur l'enfant le sang de la mère saturé d'alcool.

Les grandes opérations chirurgicales, telles que l'amputation d'un membre, l'extirpation d'une tumeur volumineuse, celle de la taille, de la hernie, etc., pratiquées pendant la grossesse, peuvent donner lieu à l'avortement. Quoique dans d'autres circonstances elles n'aient eu aucune influence sur le cours de la grossesse, on ne doit cependant jamais y recourir, qu'en cas de nécessité absolue; et lorsqu'il sera possible on tardera à les pratiquer jusqu'après l'accouchement.

Des causes de l'avortement qui dépendent de l'emploi de médicaments ou de moyens mécaniques.

L'avortement peut encore être le résultat de l'emploi inconsidéré de quelques médicaments; dans ce nombre on peut citer les émétiques et les purgatifs drastiques, dont le mode d'action s'explique naturellement et est le même que celui des vomissements, de la dysenterie, etc. Une classe de médicaments que l'on désigne sous la dénomination d'emménagogues et auxquels les auteurs de matières médicales attribuent une action spéciale sur le système utérin, est souvent employée dans le but criminel de produire l'avortement. Heureusement que les effets de ces médicaments ne sont pas en rapport avec la réputation qu'ils ont dans le public, car s'il en était ainsi, on aurait un bien plus grand nombre de malheurs à déplorer; celles qui ont recours à ces moyens, obtiennent rarement le but qu'elles veulent atteindre, mais en revanche elles sont souvent victimes de leurs tentatives criminelles, et payent de leurs jours la vie qu'elles voulaient ravir au fruit

qu'elles portent dans leur sein. Quelqu'incertaine que soit l'action des emménagogues le médecin doit s'abtenir de les administrer chez la femme enceinte. Il doit lorsqu'il veut les mettre en usage, bien s'assurer que la malade ne présente aucun signe de grossesse, et ne pas donner trop de confiance au rapport de la personne qui le consulte. On ne saurait dans ces cas agir avec trop de prudence, car, malgré toutes les précautions, on est souvent encore trompé.

Des moyens mécaniques ont aussi été employés dans le but criminel de déterminer l'avortement, on a cherché à rompre la poche des eaux en introduisant des instruments à travers le col utérin ou en perçant le tissu de la matrice. Ces moyens sont tous des plus dangereux, les femmes qui y ont recours en sont presque toujours victimes et ceux qui les pratiquent font un double crime, en ce qu'ils s'exposent à tuer la mère et l'enfant. Je suivrai la réserve des auteurs à l'égard du silence qu'ils gardent sur la manière dont ces manœuvres criminelles se pratiquent, d'ailleurs elles sont assez généralement connues pour qu'il soit inutile que j'en dise davantage à ce sujet.

Quelques auteurs ont avancé que dans certaines circonstances on devait provoquer l'avortement; leur opinion a été partagée par un grand nombre de praticiens. C'est ce qu'ils désignent par le nom d'accouchement prématuré. Dans ce cas, on ne détermine jamais le travail de la parturition qu'à l'époque de la grossesse où l'enfant est viable, et on ne le met en usage, que quand la conformation vicieuse du bassin ne permettrait pas à l'enfant de naître vivant lorsqu'il serait arrivé à terme et qu'il aurait acquis son entier développement.

Il doit cependant présenter des dimensions suffisantes pour que l'enfant arrivé à l'époque où il est reconnu viable, puisse traverser sa filière sans courir les risques de perdre la vie. Aussi les auteurs ont-ils posé des limites en-deça desquelles cette opération est inutile parce que l'enfant peut naître à terme et vivant, et en-deça desquelles l'accouchement prématuré serait nuisible parce que les diamètres du pelvis seraient trop resserrés pour qu'à cette époque l'enfant puisse naître vivant. Ils ont donc posé en principe, que lorsque les diamètres du bassin ont plus de 3 pouces 1/4, l'accouchement prématuré est inutile, parce qu'alors l'enfant peut naître à terme et vivant par les seules forces de la nature et que lorsqu'ils ont moins de 2 pouces 3/4 ce moyen n'est plus suffisant pour que le fœtus viable puisse les traverser sans perdre la vie.

L'accouchement prématuré n'a pas été proposé que dans la crainte des suites funestes de l'opération césarienne ou de la section Sigaultienne. Mais comme ces craintes ont été beaucoup exagérées, la nécessité de recourir à ce moyen paraît à quelques praticiens devoir être très-restreinte. Partageant cette dernière opinion je ne discuterai pas ici les avantages ou les inconvénients de l'accouchement prématuré, comptant examiner cette question dans un autre travail, je réserve jusque-là à exposer mes motifs.

Des causes de l'avortement qui dépendent du fœtus.

Les nombreuses causes de l'avortement que je viens d'examiner produisent cet accident en agissant principalement sur la mère. Quelques-unes, comme j'ai eu soin de le faire remarquer, portent en même temps leur action sur l'enfant. D'autres causes, et qui agissent plus particulièrement sur l'enfant ou ses dépendances, peuvent encore déterminer le part avant l'époque naturelle de l'accouchement. C'est à l'examen de ces causes que je vais procéder, en m'occupant d'abord de celles qui agissent sur le fœtus.

Toutes les altérations susceptibles d'amener la mort du fœtus sont des causes d'avortement. Quoique enfermé dans la cavité utérine, l'enfant y est sujet à presqu'autant de maladies qu'après sa naissance, parmi elles, les unes lui sont transmises par la mère, les autres lui sont idiopathiques. Il peut aussi dans le sein de sa mère être atteint par des blessures ou des contusions; des fractures mêmes ont aussi été constatées chez lui, et dans quelques cas les cals qu'on a rencontrés prouvaient que ces lésions de continuité des os ne dépendaient pas des manœuvres de l'accouchement.

L'enfant renfermé dans la matrice peut être atteint de syphilis, de variole, de rougeole, de scarlatine, etc. Ces maladies d'après mon opinion, lui sont toujours transmises par la mère, quoique dans quelques circonstances, celle-ci n'ait présenté aucun symptôme de la maladie qui attaquait le fœtus. Quoiqu'il ne jouisse encore que de la vie utérine, cet être si faible n'est pas à l'abri des accidents de la dentition, ce qui je pense est prouvé, puisqu'on a vu souvent que des enfants naissaient ayant déjà plusieurs dents percées. A cette époque si peu avancée de sa vie, le fœtus peut être affecté de convulsions, de tubercules dans plusieurs organes; l'induration du tissu cellulaire a été aussi remarquée comme ayant occasionné la mort avant le terme de la gestation.

La nutrition du fœtus peut être trop active et occasionner son hypertrophie, ou elle peut être insuffisante et dans les deux cas, sa mort peut en être le résultat. La dégénérescence hydatique de l'embryon, son hydropisie générale ou partielle peuvent aussi amener à même fin. Si toutes les maladies dont le fœtus renfermé dans la cavité utérine est susceptible et qui peuvent avoir ce résultat, devaient être énumérées ici, je devrais pour ainsi dire copier la table d'un traité de pathologie, aussi ne m'en occuperai-je pas; ce que j'en ai dit suffira je crois pour se guider sur les causes de l'avortement qui peuvent résulter des maladies du fœtus.

Les enfants mal conformés ou monstrueux naissent pour la plupart avant le terme naturel de la grossesse. Quoique la vie ne soit incompatible avec la mauvaise conformation du fœtus que lorsque celle-ci est portée à un haut dégré, et par l'absence des principaux organes; il est de fait que ce que je viens d'avancer s'observe le plus souvent. Je ne donnerai pas ici la description des diverses espèces de monstruosités dont le fœtus est susceptible, que pourrai-je ajouter à ce qu'en dit M. Geoffroy-St-Hilaire, je renvoie pour ces détails à l'intéressant ouvrage de ce savant distingué, je me bornerai uniquement à indiquer les principales monstruosités dont les êtres qui-

en sont atteints parviennent rarement jusqu'au terme de la gestation. Parmi elles M. Geoffroy-St-Hilaire désigne les *syméliens*, les *exencéphaliens*, les *parancéphaliens*, les *acéphaliens*, les *anidiens*, les *sycéphaliens*, les *monocéphaliens*, les *monosomiens*, etc., ordinairement les enfants affectés des monstruosités que je viens d'énumérer, naissent avant terme et si quelques-uns parviennent jusqu'à la fin de la gestation et naissent vivants, leur existence est toujours de peu de durée, et dépasse rarement quelques heures.

Je dois désigner ici une autre cause de la mort du fœtus, c'est l'entortillement du cordon ombilical autour de son cou, non-seulement cette circonstance occasionne souvent la mort du fœtus pendant l'accouchement, mais il peut pendant le cours de la grossesse et à une époque plus ou moins éloignée de son terme, être serré au point d'interrompre la circulation. M. le docteur Raxil médecin à Brest, en a rapporté un exemple remarquable que je m'empresse de transcrire.

Obs. VIII. — Une dame déjà mère de trois enfants, le fit appeler avec un de ses confrères, pour conjurer s'il était possible, une fausse couche qui se renouvelait chez elle pour la troisième fois depuis quinze mois. Malgré leurs soins, l'avortement eut lieu, l'œuf abortif sortit en son entier, et l'on trouva que le cordon ombilical faisait trois tours autour du cou de l'enfant, qui en était serré au point de n'avoir pas deux lignes d'épaisseur. Évidemment cette disposition du cordon a interrompu toute circulation de la mère à l'enfant; et le sang a reflué vers le placenta dont la masse était trop volumineuse relativement à l'enfant, et à son volume qui n'est pas un rapport avec l'époque de la grossesse.

Obs. IX. — Le 14 avril 1675, j'ay délivré une femme d'un petit enfant, mort en son ventre depuis longtemps, selon l'apparence, lequel n'estoit pas plus grand qu'un enfant de trois mois, quoy-que la mère fust grosse de près de sept mois. Elle avoit presque continuellement vuidé quelque peu de sang par la matrice, depuis quatre mois entiers; ayant eu durant tout ce temps des douleurs de reins et des dispositions à cet avortement, qui luy arriva enfin par une grande perte de sang, dont elle fut tout d'un coup surprise, qui cessa aussi-tost qu'elle fut accouchée, après quoy cette femme se porta bien. La perte de sang qu'elle avait euë presque continuelle durant quatre mois, avoit rendu ce petit enfant avorton semblable à ces fruits avortez, qui ne grossissant plus dès le moment qu'ils viennent à estre privez de la séve de l'arbre dont ils tiroient leur nourriture, deviennent tous flétris, et s'en separent long-temps devant leur parfaite maturité.

Obs. X. — Le 20 avril 1675, j'ay accouché une femme qui estoit à l'extremité, à cause d'une grande perte de sang qu'elle avait depuis deux jours, avec de fréquentes foiblesses; pour raison de quoy elle avait déja reçu tous ses sacremens lorsque je fus mandé pour la secourir, ne l'ayant pas pû estre de deux chirurgiens des plus célebres, qui l'ayant vûë avant moy n'avoient pas voulu l'accoucher, comme il estoit absolument necessaire de faire, pour lui sauver la vie, dans la crainte qu'ils avoient qu'elle ne mourust entre leurs mains, et que leur reputation n'en fust diminuée. Mais voyant qu'il y avoit encore quelque petite esperance de pouvoir sauver la vie à cette femme, et ne considérant que ce que la conscience me suggeroit, je l'accou-

chay sur l'heure en la presence d'un de ces chirurgiens, qui avoit refusé de l'entreprendre. Pourquoy faire je rompis les membranes des eaux de l'enfant, et le retournay ensuite pour le tirer aussi-tost par les pieds. L'opération fut inutile à l'enfant; car il estoit mort au ventre de sa mère il y avoit près d'un jour, selon l'apparence; mais par ce secours je sauvay la vie à la mère, qui toute moribonde qu'elle estoit pour lors, ne laissa pas de se bien porter ensuite (1).

Quelques hémorrhagies utérines abondantes ou souvent répétées ne produisent l'avortement qu'en déterminant la mort de l'enfant par anémie, ce que l'on reconnaît par l'état exsanguin qu'il présente à sa naissance.

Les notions que je viens d'exposer suffiront sans doute pour faire apprécier quelles sont les causes qui peuvent produire l'avortement en agissant sur le fœtus. Il est donc tout simple que celles qui agissent en même temps sur la mère et l'enfant, sont aussi celles qui produiront le plus facilement cet accident. L'effet ordinaire des causes de l'avortement que j'ai signalé comme agissant sur le fœtus, est d'occasionner sa mort; il n'est pas nécessaire cependant qu'il ait cessé de vivre pour que son expulsion de la cavité utérine ait lieu avant terme il suffit quelquefois d'un affaiblissement plus ou moins considérable.

Les moyens d'investigations que nous possédons sont insuffisants pour nous faire reconnaître les altérations du fœtus lorsqu'il est encore renfermé dans la cavité utérine. Nous ne pouvons jusqu'à présent que les soupçonner; les inductions qui peuvent nous conduire à croire que la santé du fœtus est altérée et la vie en danger se tirent de l'état de la mère, en effet si la mère est sujette à de fréquentes hémorrhagies il sera naturel de supposer que l'enfant est faible, et qu'il peut succomber si elles continuent, si la femme est atteinte de la variole, de la rougeole, de la syphilis, etc., il est probable que son fruit partagera de ces affections.

Toutes les fois que la vie a cessé chez le fœtus, quelque soit l'époque de la gestation, toute rélation a cessé entre lui et la matrice; il n'est dès lors plus qu'un corps étranger dont l'organisme tend à se débarrasser et l'avortement est inévitable. L'expulsion du fœtus à ordinairement lieu quelques heures après qu'il a cessé de vivre, quelquefois cependant il s'écoule plusieurs jours avant qu'il ne soit chassé de la cavité utérine, dans quelques circonstances on a vu qu'il s'était écoulé trois, quatre, cinq ou six semaines entre l'époque de sa mort et sa sortie du sein de sa mère; on a vu le travail du part ne survenir qu'au neuvième mois de la gestation, quoique le fœtus eut succombé dans les premiers temps de la grossesse, ceci se remarque le plus souvent dans les grossesses gémellaires, et a donné souvent lieu à croire aux superfétations. La science possède des exemples ou le fœtus ayant cessé de vivre s'est dissout et a été absorbé, ou bien est resté pendant un grand nombre d'années dans la cavité utérine sans que la femme put s'en débarasser.

Les recherches de M. Velpeau sur l'époque de la mort de l'enfant à laquelle l'avortement a lieu, les faits qu'il a puisés dans sa pratique particulière, dans les travaux des auteurs qui ont écrit avant lui, ou ceux qui lui ont été

(1) Mauriceau. Observations 136 et 137.

communiqués, me paraissent si intéressants que je crois ne pas pouvoir me dispenser de les rapporter ici : « Je l'ai vu (l'avortement), dit-il, ne s'effectuer » que le vingt-huitième jour de la mort du fœtus chez une dame enceinte de » sept mois. Chez une autre, la grossesse, caractérisée par le ballottement » et les mouvements spontanés s'est tout-à-coup arrêté à six mois, tous les » signes de la mort de l'enfant sont survenus, le ventre a graduellement perdu » la moitié de son volume, huit mois se sont écoulés depuis cette époque ; le » col est resté fermé, et rien n'annonce que la fausse couche doive se termi- » ner de sitôt. M. Pront m'a fait voir un fœtus de trois à quatre mois, qui » n'avait été rendu que cinq mois après les premiers phénomènes de l'avor- » tement.

» M. Ansiaux parle d'un fœtus mort à quatre mois et qui n'a été expulsé » qu'à terme, Lecieux a donc tort de soutenir que l'œuf ne peut rester alors » dans la matrice que quinze à vingt jours. Tout le produit peut en outre » se transformer en une masse jaunâtre et comme graisseuse, avec des por- » tions osseuses. M. Ozanam en a rencontré un qu'il décrit sous le titre de » lipôme de l'utérus. Ce corps pesait six livres. C'est une particularité qui » paraît se remarquer assez souvent chez les moutons. M. Carus établit » même, comme M. Huzard l'a fait pour la brebis, qu'alors le fœtus peut » 1° se racornir ou se recouvrir d'une croûte calcaire; 2° être résorbé; 3° se » décomposer. Il cite une femme qui eut un travail incomplet en 1814 et » se trouvait encore enceinte en 1820. Le fœtus est resté cinquante ans » dans l'utérus d'une autre.

» J'ai vu en avril 1834, avec M. Vasseur, une dame qui restait dans cet » état depuis l'automme 1833, et qui en éprouve de temps en temps des » accidents fort graves. J'en ai observé une autre avec MM. Puzin et Mo- » reau, qui a fini par succomber au bout de trois mois sans avoir pu » rendre le fœtus altéré. L'enfant était, pour ainsi dire, réduit à son sque- » lette, dans un cas que m'a communiqué M. Vassal.

» M. Barbaut, dit qu'un fœtus de quatre mois environ, ne fut rendu » qu'à huit. Dans un autre cas, l'enfant ne sortit qu'environ cinq mois » après avoir cessé de vivre, dans les deux cas les membranes épaisses et » très-solides ne renfermaient que très-peu d'eau. »

Lorsque les membranes sont restées intactes, l'air n'ayant point accès dans leur intérieur, le fœtus peut se conserver sans altérations pendant plusieurs mois, et même pendant plusieurs années. C'est donc bien à tort que M. Girard de Lyon en nie la possibilité, puisque, comme je viens de le dire, la science en possède plusieurs exemples. C'est principalement dans les cas de grossesse gémellaire que l'on a occasion de l'observer ; l'un des fœtus peut mourir à deux mois ou à toute autre époque de la gestation et la grossesse parvenir à son terme ; et lors de l'accouchement le praticien est étonné de recevoir à la fois un enfant à terme et un avorton. M. Velpeau que j'ai si souvent occasion de citer dans le cours de ce travail possède plusieurs faits de ce genre dont deux lui ont été communiqués par MM. Bouvier et Colombe. Plusieurs des cas de superfétation sur lesquels on a le plus insisté ne sont pas autre chose. A l'appui de cette proposition je transcrirai ici une observation de ce genre qui a été communiquée à la

Société de médecine d'Anvers, par notre compatriote M. le docteur Van Meerbeck de Malines.

Obs. XI. — Marie N...., âgée de 21 ans, entra à l'hôpital d'Anvers le 21 décembre 1859, se disant enceinte de six mois et éprouvant les douleurs de l'enfantement. Quelques heures après elle mit au monde un enfant du sexe féminin dont le développement indiquait l'âge de cinq mois et demi à six mois. L'accouchement fut naturel et facile, l'enfant s'était présenté en première position de la tête, il vécut une demi-heure. L'extraction du placenta se fit avec facilité; en l'examinant, je trouvai à l'un de ses côtés une poche annexée, contenant une matière liquide, au milieu de laquelle flottait un corps solide. Frappé de cette singularité, je poursuivis mes investigations. La petite poche ouverte laissa écouler quelques onces d'eau, et je trouvai que le corps solide était un petit fœtus. Celui-ci était long de trois pouces, il présentait la tête, le cou, le tronc et les membres très-distincts; ceux-ci étaient longs d'un pouce et offraient les doigts des mains et des pieds bien développés mais sans vestiges d'ongles. La tête de la grosseur d'une aveline, présentait les yeux garnis de paupières, la membrane pupillaire fermée, le nez bien développé, les narines ouvertes; les oreilles ayant leur pavillon visible et séparé de la tête, la bouche grandement ouverte, laissait voir une langue bien conformée; les organes génitaux très-apparents, présentaient un petit pénis et un scrotum. L'insertion du cordon se faisait vers le tiers inférieur du ventre, celui-ci présentait un grand développement relativement aux autres parties du corps; par rapport à la longueur totale du fœtus, l'insertion du cordon se faisait aussi à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur.

Voilà certes un cas qu'on pourrait prendre pour un exemple de superfétation, si M. Van Meerbeck n'avait eu le soin d'ajouter, que la dégénérescence graisseuse du fœtus et la transformation encéphaloïde du placenta prouvaient que la mort datait déjà de plusieurs semaines.

La coque de l'un des embryons peut se transformer en môle, puis le second ne cesser de vivre qu'à trois ou quatre mois, et le tout n'être rendu que beaucoup plus tard ainsi qu'on le voit par une observation de M. Monclar. La même chose peut avoir lieu lorsqu'il n'existe qu'un seul fœtus; par suite d'une altération ses membranes peuvent se transformer en môle et le fœtus n'être expulsé que longtemps après que sa vie s'est arrêtée.

On trouve aussi dans le Traité des accouchements, par M. Velpeau, que l'œuf peut se décomposer, se putréfier, passer à l'état de gras de cadavre. M. Wrigt a relaté un cas de ce genre. Le fœtus sortit putréfié, trois mois après on reconnût qu'il existait dans l'utérus des os, dont on fit l'extraction. Tout porte à croire que dans ce cas la grossesse était double. Dans les premiers mois, le germe peut s'atrophier, et, quand l'œuf est chassé, n'offrir que les dimensions d'nn embryon de quatre à cinq semaines, quoique la femme soit réellement enceinte de trois à quatre mois. Il peut aussi se dissoudre dans les eaux, et dès-lors l'œuf se trouve transformé en une véritable môle.

Si les membranes se déchirent, le fœtus s'échappe en général le premier, et les annexes ne tardent pas à le suivre. M. Trelat, a cependant observé un fait dans lequel un embryon de deux mois ne fut expulsé que douze jours après ses enveloppes. Je dois faire observer ici et je le répéterai plus

loin avec plus de détails, l'adhérence anormale du placenta à l'utérus est assez fréquente dans les premiers mois de la gestation, son expulsion est souvent difficile et accompagné d'accidents funestes pour la mère.

Il résulte de ce que je viens de dire que l'expulsion du fœtus n'a pas toujours lieu immédiatement après sa mort, il est prouvé au contraire que le fœtus après avoir cessé de vivre peut séjourner parfois pendant longtemps et même plusieurs années dans la cavité utérine. Ce séjour plus ou moins long dans la matrice, du fœtus mort, est relatif au développement de ce dernier, il pourra y séjourner d'autant moins longtemps que la grossesse sera plus près de son terme, et les causes en sont : 1° le volume plus considérable de l'enfant ; 2° la disposition plus grande de l'utérus à réagir sur son contenu, disposition qui augmente d'autant plus que la fin naturelle de la grossesse est plus proche.

Causes des avortements qui dépendent des enveloppes du fœtus.

Les membranes de l'œuf humain, sont susceptibles de diverses altérations qui peuvent entraîner l'avortement à leur suite. Dans quelques cas elles sont si minces que la moindre secousse peut les rompre, dans quelques autres les mouvements un peu brusques du fœtus suffisent pour effectuer leur rupture. Elles peuvent aussi être le siége d'une inflammation plus ou moins vive, c'est l'amnios qui en est le siége.

C'est l'inflammation de cette membrane que l'on regarde comme la cause de l'hydramnios; j'en ai rapporté un exemple remarquable extrait du Dictionnaire de médecine en 15 volumes, dans mon Essai sur les hydropisies des organes de la génération chez la femme. L'inflammation des membranes est encore prouvée, par leur épaississement, par les adhérences qu'elles contractent parfois avec diverses parties du fœtus, etc.

L'inflammation des membranes de l'œuf peut se propager à l'utérus ou au placenta, ou réciproquement l'inflammation de la matrice ou du placenta se communiquer aux membranes; toutefois il est difficile de dire quel est l'organe primitivement affecté, je crois qu'elle débute plus souvent dans l'utérus ou dans le placenta que dans les membranes elles-mêmes, en raison de la vitalité plus grande de ces organes. La dégénérescence hydatique des membranes, que je regarde comme un résultat de leur inflammation, lorsqu'elle est portée un peu loin, est incompatible avec la continuation de la gestation, soit que cet état se propage au fœtus ou au placenta ou à tous les deux, soit qu'il intercepte la nutrition de l'embryon.

Les môles creuses admises par tous les auteurs, me semblent être aussi un produit de l'inflammation des membranes de l'œuf. Dans les premiers temps de la conception, l'inflammation peut produire l'hypertrophie des membranes et leur donner le caractère charnu que présentent ces môles.

Le fœtus ayant succombé quelquefois même avant qu'il ne soit entièrement formé, soit par suite de l'altération des membranes, soit par l'interruption de la circulation utéro-fœtale, peut se dissoudre et être résorbé, ce qui fait qu'on n'en trouve ordinairement aucune trace. Le placenta peut

avoir partagé l'affection des membranes, et ne former ainsi avec elles, qu'une seule masse qui n'offrira plus aucune trace de leur organisation primitive. Dans quelques cas l'altération n'est pas encore assez avancée et permet de reconnaître encore des traces du placenta.

Obs. XII. — J'ai vu expulser une môle de ce genre de la grosseur du poing, de forme ovoïde, qui présentait à sa partie supérieure une masse spongieuse qui y adhérait intimement, et que l'on reconnaissait évidemment être le placenta; la cavité de cette môle ne contenait qu'une petite quantité d'un liquide roussâtre, mais aucune trace d'embryon. La femme se croyait au troisième mois d'une grossesse.

Jusqu'à présent on ne connaît aucun signe propre qui puisse faire reconnaître l'inflammation des membranes. Il est probable même que cette affection ne développe aucun symptôme lorsqu'elle se borne aux membranes; mais si cet état est partagé par l'utérus ou le placenta, alors nécessairement la femme présentera les caractères de la métrite ou de la placentite.

Les conclusions que l'on peut déduire de ce que je viens d'exposer sur les altérations dont les membranes sont susceptibles, sont, qu'elles peuvent produire l'avortement : 1° en occasionnant la mort du fœtus comme dans leur dégénérescence hydatique ou dans leur transformation en môle; 2° en empêchant son développement régulier ou en occasionnant sa monstruosité par les adhérences qu'elles peuvent contracter avec lui; 3° en faisant acquérir à l'utérus son maximum d'extension avant le terme de la gestation comme dans l'hydramnios; 4° par le vide que détermine dans l'utérus l'écoulement du fluide amniotique par leur rupture, résultat de leur faiblesse et de leur peu d'épaisseur.

Causes de l'avortement qui dépendent du cordon ombilical.

L'état du cordon ombilical n'est pas toujours étranger à la production de l'avortement, j'ai rapporté plus haut une observation où son entortillement autour du cou de l'enfant avait produit la mort de celui-ci, et a été ainsi la cause de son expulsion prématurée. Dans d'autres circonstances, lorsqu'il est trop long il peut se tourner et se serrer autour du corps ou des membres de l'enfant et interrompre la circulation, ou bien il peut présenter sur son trajet un ou plusieurs nœuds qui gênent évidemment le cours du sang, et quelquefois l'interrompent entièrement; de là la faiblesse du fœtus et sa mort.

Obs. XIII. — Le 2 avril, j'ay accouché une femme d'une fille vivante qui vint naturellement, dont je trouvay le cordon de l'ombilic noüé d'un véritable nœud, qui s'estoit ainsi fait dans le ventre de la mère, par la grande longueur de ce cordon, dont il s'estoit fait un cercle, dans lequel il fallait que tout le corps de l'enfant eust passé, lors qu'il s'estoit tourné. Ce nœud estoit extrêmement serré; mais cela ne s'estoit fait seulement que dans la sortie de l'enfant; car s'il eust esté long-temps serré de la sorte dans le ventre de la mere, l'enfant auroit certainement péri; à cause que le mouvement du sang qui luy estoit nécessaire, auroit esté entiérement intercepté dans ce cordon. J'ay encore accouché depuis ce temps-là sept autres fem-

mes, dont les enfans qui estoient tous vivans, avoient pareillement le cordon noüé d'un semblable nœud, qui s'estoit fait de la mesme maniere, par l'extraordinaire longueur de leur cordon ; de ces sept derniers enfans, cinq estoient des garçons, et les deux autres estoient des filles, comme cette premiere dont j'ay parlé.

Obs. XV.—Le 18 décembre 1689, j'ay accouché une femme d'un tres-gros enfant masle qui vint naturellement, auquel je trouvay le cordon de l'ombilic extraordinairement long, et noüé d'un véritable nœud au milieu de sa longueur; ce qui ne s'estoit pû faire que parce que ce cordon, qui estoit d'une longueur excessive, avoit fait un cercle en flotant au milieu des eaux de l'enfant, dans lequel il falloit de nécessité qu'il eust passé dans le temps qu'il s'estoit tourné dans le ventre de la mere, pour se disposer à venir dans la posture naturelle, qui est la teste la premiére. J'ay encore veû depuis ce temps-là plusieurs autres enfans qui avoient leur cordon noüé de la sorte pour la mesme raison que j'ay expliquée plus particuliérement en l'observation 125.

D'autre fois il offre dans son trajet des tumeurs variqueuses qui doivent nécessairement mettre plus ou moins obstacle à la circulation placento-fœtale, et amener le même résultat. Il est quelquefois si faible et si grêle, qu'il se déchire par la moindre secousse. Il peut aussi être si court que le poids seul du fœtus, un coup sur l'abdomen, une chute sur le siége ou les genoux, suffisent pour le rompre; et s'il est trop résistant les efforts agiront sur le placenta, qui se décollera dans une étendue plus ou moins considérable.

Obs. XVI.—Le 15 mars 1688, j'ay accouché une jeune femme au terme de six mois et demy de sa premiére grossesse, d'une petite fille proportionnée en grosseur au terme où elle estoit venuë, la naissance de cet enfant ayant esté avancée par une chute que la mere avoit faite trois jours auparavant; à quoy avoit encore beaucoup contribué le peu de longueur qu'avoit le cordon du nombril de l'enfant; lequel cordon n'avoit pas plus d'un quartier d'aune de nostre mesure de Paris, qui estoit seulement le tiers de la longueur ordinaire qu'il auroit deû avoir ; ce qui avoit esté cause que l'arriére-faix avoit esté beaucoup ébranlé par la chûte de la mere, l'enfant ne pouvant avoir souffert l'agitation de cette chûte sans tirailler en mesme temps l'arriérefaix, à cause du peu de longueur que son cordon avoit. Cét enfant mourut peu d'heures aprés estre ainsi né trop prématurément ; mais la mere se porta bien ensuite, et je l'ay accouché depuis ce temps-là de deux autres enfans à terme, qui se portoient bien, et qui avoient le cordon de leur nombril de la longueur qu'il devoit estre.

Diverses tumeurs et kystes peuvent aussi se développer dans le cordon ombilical, en outre; il est encore susceptible de dégénérescence squirrheuse et hydatique. Les divers états du cordon ombilical que je viens d'exposer succinctement, ne peuvent malheureusement se reconnaître qu'après l'expulsion du fœtus, et ils agissent, ou en interceptant la circulation de la mère à l'enfant, ou en ne laissant parvenir à ce dernier qu'une quantité de sang insuffisante à ses besoins, ou en donnant lieu à une hémorrhagie.

Des causes de l'avortement qui dépendent du placenta.

Les causes de l'avortement qui dépendent du placenta sont très-nombreuses, et elles le produisent bien plus fréquemment qu'on ne le pense généralement. L'une des ces causes qui y donnent le plus souvent lieu et qui n'a été bien décrite que dans ces derniers temps, est l'inflammation de cet organe. Outre que cette affection peut produire l'avortement par elle-même, les résultats ou les altérations de l'arrière-faix qui ne sont que la conséquence de son inflammation peuvent aussi déterminer cet accident. Peu d'auteurs se sont occupés de la placentite, cette lacune dans la gynécologie me fait un devoir de rapporter ici ce que la science a de connaissances positives à ce sujet.

De la placentite.

Cette maladie dont les pathologistes n'ont constaté l'existence que depuis quelques années, est cependant une des principales et des plus fréquentes causes de l'avortement. Grâces aux observations et aux travaux d'anatomie pathologiques de MM. Brachet, Cruveilhier, Dance, Stratfort, etc., M. J. Simpson a pu nous en donner une description presque complète (1), depuis lors plusieurs auteurs en ont encore publié des exemples.

La maladie dont je m'occupe peut exister sous deux formes différentes, elle peut être aiguë, ou chronique; elle revêt plus fréquemment cette dernière forme. La placentite envahit parfois tout l'organe, quelquefois elle se borne à quelques lobes seulement, dans quelques cas elle n'affecte que l'une de ses surfaces soit fœtale soit utérine, dans d'autres elle existe dans toute son épaisseur. Cette affection n'est pas toujours primitive, car on voit quelquefois l'inflammation se propager de l'utérus au placenta, de même l'inflammation peut passer de l'arrière-faix à la matrice, ou se borner entièrement à ce premier organe.

Les causes de cette phlegmasie, qui se trouvent indiquées dans les auteurs, sont les coups reçus sur le ventre, les chutes, les violentes commotions, la frayeur, les émotions et les sensations vives et profondes, les maladies inflammatoires de la mère et surtout la métrite. M. Brachet rapporte quatre observations de placentites dues à l'influence d'émotions morales ou de chagrin très-vifs. D'autres observateurs ont indiqué cette maladie comme ayan été produite par des chutes, des coups sur l'abdomen ou par l'action compressive du corset.

Dans l'état actuel de la science la symptomatologie de cette affection reste encore entourée d'une grande obscurité, on ne connaît point encore de signe positif propre à constater son existence. Ceux que les auteurs ont indiqués, varient d'après l'intensité de l'inflammation et selon qu'elle affecte ou non simultanément l'utérus. Le plus constant des symptômes de la placentite consiste dans des douleurs utérines ou lombaires, dont l'intensité et la durée son très-variables, leur caractère n'est pas non plus toujours identique, et comme elles existent encore dans d'autres affections, il est difficile d'établir sur elles seules son diagnostic; mais comme elles ont existé

(1) Mém. sur l'inflammation du placenta, Edimb. med. and surgical journal 1836.

dans la majeure partie des cas de placentite qui ont été recueillis, c'est un signe qui ne doit pas être négligé comme le font à tort plusieurs accoucheurs anglais.

Ces douleurs se développent un petit nombre d'heures, ou au plus tard deux ou trois jours après l'une des causes signalées, et continuent généralement depuis cette époque jusqu'au terme de la gestation. Dans un cas elles furent diminuées et dans deux complétement enlevées par la saignée. Dans quelques cas ces douleurs sont continues, dans d'autres elles sont rémittentes. chez quelques femmes elles augmentent aussitôt qu'elles quittent la position horizontale; enfin on les a vues devenir plus intenses pendant la nuit, ou les femmes éprouver une diminution notable des douleurs en se couchant sur le ventre.

Un signe que je crois pouvoir indiquer comme propre à faire reconnaître dans certains cas la placentite, est une douleur fixe dans un point de l'utérus, sans que pour cela aucun autre symptôme ne dénote une altération dans la santé générale de la femme. Voici ce qui m'a porté à adopter cette opinion; ayant remarqué plusieurs fois chez des femmes enceintes et d'ailleurs bien portantes, une douleur fixe dans un des points de l'utérus, j'ai toujours trouvé dans ces cas, après l'accouchement, que l'adhérence du placenta à l'utérus était plus forte qu'on ne le remarque ordinairement, et qu'en outre, le point de son attache correspondait à celui de la matrice où la douleur avait existé ou existait encore. La saignée générale, des applications de sangsues en rapport avec les forces et la constitution de la femme, ont dans plusieurs de ces cas, diminué ou enlevé cette douleur.

Un mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir, et dans quelques cas précédé de frisson, a été indiqué par M. Cruveilhier comme un symptôme constant dans quelques cas de placentite suppurative. Le D[r] Burns (1), parle aussi d'une fièvre qu'il a observé vers le milieu de la grossesse et qui paraît lui avoir offert à peu près les mêmes caractères que ceux de la maladie décrite par M. Cruveilhier. Elle débute subitement comme un accès de fièvre intermittente régulière, prend bientôt les caractères de la fièvre hectique, et offre quelqu'analogie avec la fièvre rémittente des enfants. Cette maladie dit ce médecin est très-opiniâtre et se termine fréquemment par l'avortement. Le professeur Wilde (2) indique comme caractère de la placentite une fièvre légère avec forte chaleur, et quand l'inflammation se termine par suppuration, des tiraillements avec frissons, et pesanteur dans la matrice et dans les cuisses, pesanteur qui est plus forte quand elle marche ou se tient debout. Le même auteur a noté que dans la placentite l'urine coule quelquefois goutte à goutte et avec une douleur aiguë, et que quand la maladie se termine par induration ou hépatisation, les douleurs utérines locales sont quelquefois accompagnées d'un abondant écoulement blanc et irritant par le vagin.

Outre les symptômes que je viens d'énumérer la placentite offre encore un autre signe que l'on rencontre dans le plus grand nombre de cas, mais qui ne se manifeste que pendant ou après l'expulsion du fœtus; c'est que l'adhérence du placenta et de l'utérus, qui est le résultat de l'inflammation

(1) Principles of midwifery, 1836.
(2) Ryan's medical and surgical journal, vol. 6.

adhésive entre leurs surfaces contiguës, détermine un écoulement de sang plus ou moins abondant qui survient à chaque contraction utérine.

La douleur caractéristique de la placentite paraît être plus intense lorsque l'inflammation est bornée à la surface utérine, ceci n'est pas non plus constant, puisqu'on rapporte un cas où l'inflammation occupait la surface utérine du placenta et de ses membranes, et où le tissu de l'utérus lui-même avait été trouvé ramolli à l'autopsie, et dans lequel il n'y avait pas eu de douleurs.

L'inflammation adhésive du placenta à l'utérus, qui est l'un des résultats les plus fréquents de la placentite, expose souvent la mère à de grands dangers au moment de l'accouchement ou à la suite, par l'hémorrhagie abondante qu'elle occasionne, ou par les phénomènes graves que produit le placenta lorsqu'il reste en totalité ou en partie dans la matrice, et qu'il détermine une fièvre lente presque toujours funeste. Si cette inflammation peut être cause d'accidents graves pour la mère après l'accouchement, pendant la grossesse, elle est aussi une source de dangers; car nécessairement l'existence de l'inflammation placentaire doit altérer la santé de la mère, et elle détermine souvent l'avortement ou un travail prématuré, par les diverses altérations du tissu placentaire qui peuvent en être la suite. Les auteurs en rapportent beaucoup d'exemples, j'en citerai un que j'ai eu occasion d'observer dans ma pratique particulière.

Obs. XVI. — Mme C... avait eu deux accouchements à terme, puis deux avortements, elle eut ensuite une grossesse gémellaire avec hydramnios qui se termina vers le sixième mois de la gestation. Durant sa sixième grossesse elle éprouva beaucoup d'incommodités et une douleur fixe à la partie antérieure gauche de l'utérus. Arrivée au septième mois, les douleurs du part se manifestèrent et quelques moments après eut lieu l'expulsion d'un fœtus bien constitué paraissant être mort depuis quelques jours, le placenta sortit immédiatement après. L'arrière-faix se fit d'abord remarquer par son poids, lequel était beaucoup plus considérable que celui qu'il présente ordinairement, il était dur fort épais et d'un blanc jaunâtre, le scalpel avait peine à l'entamer, en le coupant on entendait une sorte de crépitation comme quand on coupe un tissu cartilagineux; cette dégénérescence s'étendait à plus des 3/4 du placenta et offrait tous les caractères des tissus squirrheux. Il ne restait donc qu'une petite portion de cet organe perméable et qui n'était pas suffisante pour pouvoir fournir à l'enfant la quantité de sang nécessaire à sa nutrition, ce qui fut la cause de sa mort et de son expulsion prématurée. Il me semble que cet état du placenta doit être regardé comme le résultat de son inflammation qui a été caractérisée par la douleur permanente que cette dame a éprouvée pendant sa gestation, douleur qui correspondait au point d'insertion du délivre et qui, comme je l'ai avancé plus haut, me semble un des signes propres a faire reconnaître la placentite. Mauriceau dans ses observations sur les accouchements et les maladies des femmes, rapporte plusieurs cas de placenta squirrheux que je transcris ici.

Obs. XVII.—Le 1er février 1679, j'ay accouché une femme d'un enfant de six mois et demy, qui présentoit le cul devant; lequel estoit mort en son ventre depuis dix ou douze jours qu'elle ne l'avoit point senti rumuër, c'estoit le cinquiéme enfant mort que cette femme avoit eû consecutivement de la sorte,

sans s'estre aucunement blessée, ny s'estre apperceuë d'aucune cause manifeste, qui pouvoit avoir fait ainsi mourir, à ce mesme terme de six mois et demy, tous ses enfans en son ventre, douze ou quinze jours devant que d'en accoucher : Et nonobstant qu'elle eust usé dans cette derniere grossesse de toutes les précautions que je luy avois conseillées, dont les deux principales estoient de garder le repos au lit, ou à tous le moins en la chambre, et de s'abstenir entiérement du coït, ce mesme accident, ne laissa pas de luy arriver. Mais comme l'arriérefaix des enfans de cette femme estoit ordinairement tout scyrrheux, je crûs que cette mauvaise disposition, qui empeschoit que l'enfant ne pût tirer de cette partie une suffisante nourriture, lors que commençant à devenir grand, il en avoit plus besoin, estoit la veritable cause de sa mort, et de l'avortement qui arrivoit ensuite.

Obs. XVIII.—Le 9 septembre 1680, je vis une femme qui venoit d'accoucher d'un enfant de sept mois et demy, qui me parut avoir esté mort en son ventre depuis trois jours ; car il estoit déja si corrompu, que l'épiderme de son corps commençoit à se separer. Cette femme eût au troisième mois de sa grossesse une fiévre continuë avec redoublement durant treize jours, dont elle pensa mourir ; estant neanmoins guérie de cette dangereuse maladie, elle eût encore un mortel chagrin au sixiéme mois de sa grossesse ; la petite vérole ayant fait mourir en ce temps-là un enfant unique qu'elle avoit, et qu'elle aimoit passionnément. Cela fut cause qu'elle passa tout le reste du temps de sa grossesse ; jusques à l'heure de son accouchement, en continuelle affliction ; ce qui me fit juger auparavant, qu'il serait fort difficile qu'elle portast son enfant jusques à terme. L'arriérefaix de cét enfant estoit tout scyrrheux et fort corrompu ; cette disposition scyrrheuse estant vraysemblablement un effet de la maladie que cette femme eût au troisiéme mois de sa grossesse, et la corruption une suite ordinaire de la mort de l'enfant, qu'on pouvoit attribuër à ce funeste chagrin de la mere, et à l'air contagieux qu'elle avoit continuellement respiré, en veillant nuit et jour auprés de son autre enfant qui estoit mort de la petite vérole. Cependant nonobstant tout cela cette femme se porta bien aprés estre accouchée.

Obs. XIX. — Le 31 mai 1681, j'ay vû une femme âgée de 35 ans, de tempérament fort attrabilaire, qui venoit d'avorter au terme de six mois et demy de sa grossesse, d'un enfant mort en son ventre depuis dix ou douze jours, sans s'estre aucunement blessée. Elle avoit déja eû trois ou quatre mauvaises couches précedentes au mesme terme ou environ, avec pareils accidens, qui estoient qu'en ce temps elle ne sentoit plus mouvoir son enfant, mais elle sentoit seulement certains soulevemens de la matrice, et vuidoit quelque peu de sang durant douze jours avant son avortement. Les arriérefaix de cette femme estoient tout scyrrheux ; à quoy contribuoit beaucoup son temperament attrabilaire : ce qui faisoit que ses enfans estant devenus grands, et ayant pour lors besoin d'une nourriture plus abondante, et n'en pouvant pas recevoir une suffisante, à cause de cette disposition scyrrheuse de l'arriérefaix, mouroient ainsi en son ventre sans aucune autre cause manifeste.

Obs. XX. — Le 20 juin 1686, je vis une femme qui estoit avortée le jour précedent d'un enfant de six mois et demy, mort en son ventre sans aucune cause manifeste, depuis cinq ou six jours qu'il y avoit qu'elle ne l'a-

20.

voit point senti remuër. Mais comme son arriérefaix estoit d'une substance toute scyrrheuse, et que cette femme qui estoit d'un temperament fort attrabilaire, avoit déja eù cinq autres avortemens consecutifs avant ce dernier, depuis le terme de quatre ou cinq mois, jusques à celuy de six ou sept mois, je crùs que cette mauvaise disposition scyrrheuse de son arriérefaix, qui avoit paru semblable en tous ses autres précedens avortemens, et qui procedoit de son tempérament trop attrabilaire, avoit esté la veritable cause de la mort de ses enfans en son ventre, et de tous les avortemens qu'elle avoit ainsi eùs, à des termes déja assez avancez de sa grossesse : parce que cette mesme disposition scyrrheuse de l'arriéfaix faisant une grande obstruction dans toute sa substance, estoit cause que l'enfant n'en pouvant tirer pour lors une convenable, et aussi suffisante nourriture qu'il avoit besoin, venoit par ce défaut à estre privé de la vie. Pour remedier à ce malheureux accident qui estoit arrivé tant de fois à cette femme, je luy conseillay pour humecter et tempérer l'extréme secheresse et la trop grande chaleur de son temperament attrabilaire, de se saigner durant quelque temps, devant que de dévenir grosse, et d'user frequemment du lait d'anesse dans le temps mesme de sa grossesse, et d'un regime de vivre temperé qui la pust suffisamment humecter, et de s'abstenir entiérement de l'usage du vin, et mesme du coït, lorsqu'elle seroit certaine d'estre grosse; afin que contribuant par ce regime, autant qu'il estoit possible à rectifier son tempérament trop attrabilaire, elle pust dans la suite porter jusques à terme les enfans qu'elle concevroit, sans en avorter ainsi qu'elle avoit malheureusement fait de tous ceux qu'elle avoit eùs.

D'après ce que je viens d'exposer, je crois pouvoir conclure que l'inflammation du placenta est bien plus fréquemment cause de l'avortement et de maladie pour la mère pendant la grossesse, qu'on ne le croit communément. La plupart des accoucheurs savent combien il arrive souvent qu'à la suite de l'avortement le placenta reste pendant plusieurs jours, ou des semaines entières dans l'utérus. Ne peut-on pas soupçonner que dans la plupart de ces cas, il y a eu inflammation du placenta ou de la surface contiguë de l'utérus, et par suite, des adhérences mordides entre ces deux organes.

L'inflammation du placenta comme je l'ai déjà dit est une cause fréquente d'avortement et de maladie pour la mère, cette maladie est donc aussi funeste à l'enfant, non-seulement par l'avortement qu'il peut déterminer en altérant la santé de la femme ou parce que son inflammation s'est propagée à l'utérus, mais en agissant directement sur le produit de la conception. Le professeur Wilde dit, en énumérant les symptômes de cette maladie, que les mouvements de l'enfant deviennent de plus en plus faibles et finissent par cesser entièrement; circonstance qui a été observée dans deux cas par M. Breschet, et dans deux autres par Mauriceau.

Si l'on considère l'importance des fonctions que remplit le placenta pour le fœtus, on se rendra facilement compte comment son inflammation peut tuer l'enfant ou le réduire à l'état de marasme Comme M. Breschet l'a observé sur trois enfants. L'absence de lésions chez ceux qui ont succombé, et la facilité avec laquelle d'autres prennaient de l'embonpoint lorsqu'ils furent confiés aux soins d'une bonne nourrice prouvait que l'état dans lequel ils étaient ne dépendait point d'une condition pathologique qui leur était propre,

mais bien au contraire de l'état morbide du placenta et du désordre de ses fonctions. Dans ces cas l'inflammation du placenta était chronique, la désorganisation qu'elle avait déterminé ne s'était faite que lentement, et une portion plus ou moins considérable de cet organe, avait continué à remplir ses fonctions. Quand l'inflammation est plus aiguë ou plus étendue, le fœtus peut-être tué très-promptement et avant que sa nutrition paraisse avoir été altérée. C'est ce que prouve le 5e cas de M. Breschet, ou l'enfant né-mort vers huit mois et demi, offrait le poids et le volume qu'il devait avoir. Les trois-quarts du placenta étaient occupés par un vaste abcès, qui, par l'historique de la maladie devait être de formation récente.

Il y a une autre série d'effets produits sur le fœtus par l'inflammation du placenta ou au moins des membranes qui recouvrent la surface fœtale, ce sont les connexions morbides établies par l'inflammation adhésive entre la surface du placenta et quelques parties du corps du fœtus, connexions qui entraînent chez ce dernier des difformités dues au déplacement et à l'arrêt de développement des organes ou elles existent. Plusieurs faits de ce genre ont déjà été publiés, je rapporterai ici celui qui a été communiqué par M. Ghersi.

Obs. XXI.—Une femme âgée de 39 ans, d'un tempérament lymphatique, mère de sept enfants, enceinte pour la huitième fois éprouva à la suite de quelques légère douleurs aux reins, et vers le troisième mois, une rupture à la poche des eaux de l'amnios, deux heures après, des douleurs à l'utérus et un écoulement de sang par le vagin se manifestent; une heure et demie plus tard, elle accouche d'un enfant enveloppé de ses membranes. A l'examen on trouve que le placenta adhère tellement à la tête de l'enfant qu'il n'est pas possible de l'en séparer pour le détacher.

L'inflammation du placenta outre les adhérences morbides qu'elles produit entre cet organe et l'utérus ou quelques parties du fœtus, peut comme l'inflammation des autres organes, se terminer par résolution, par suppuration, par induration, par hépatisation et par gangrène. Elle peut ainsi donner lieu à l'arrêt de développement, à l'hypertrophie, au squirrhe de cet organe, ou à la formation dans son tissu de tumeurs de nature différentes et à la dégénérescence hydatique ou à la transformation de l'œuf en môle. La gravité et les dangers qu'entraine cette maladie, sont en rapport de la violence avec laquelle elle sévit, et de l'étendue du placenta qu'elle envahit, il en résulte donc, que plus la placentite est aiguë, et plus la portion du placenta ou elle a son siége sera grande, plus ses effets seront funestes et pour la mère et pour l'enfant.

Le traitement de la placentite ne diffère pas dans l'état actuel de la science de celui de la plupart des autres maladies inflammatoires; les saignées locales et générales plus ou moins répetées suivant les circonstances et la force des sujets, doivent en former la base; on y associera d'autres moyens antiphlogistiques, tels que les bains, la diète, le repos, etc. On pourra aussi si la nature du cas ou l'opiniâtreté du mal l'exige, se trouver bien d'appliquer des vésicatoires ou des contre-irritants au voisinage de l'utérus, ainsi qu'il a déjà été recommandé par quelques praticiens américains dans les cas ou l'avortement semble imminent.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit que la mort si fréquente de l'en-

fant et l'avortement qui en est la suite, dépendaient souvent primitivement d'un état morbide du placenta, que dans beaucoup de cas cet état pathologique n'est pas au-dessus des ressources de l'art. On peut, en surveillant les premiers symptômes et le développement de cette maladie, et par l'emploi des moyens indiqués, espérer de prévenir les adhérences du placenta au fœtus, arrêter la maladie dès son début, détourner ou au moins diminuer la source principale du danger le plus grand auquel les femmes sont exposées pendant ou immédiatement après l'accouchement (l'hémorrhagie), conserver à la vie une foule d'enfants qui sont enlevés dès les premiers mois de leur existence, et diminuer l'une des causes principales de la mortalité.

Du décollement du placenta.

La placentite et les altérations qui en résultent ne sont pas les seules causes qui agissent sur cet organe et qui puissent produire la mort de l'enfant et son expulsion prématurée, le décollement de cet organe de l'utérus peut aussi y donner lieu. Le décollement du placenta peut être occasionné par un coup, une chute sur l'abdomen, le siége ou les genoux, les sauts, l'équitation, les cahots d'une voiture mal suspendue ou roulant sur une voie raboteuse, la toux, les efforts violents et l'éternuement, tels que lever les bras, la brièveté du cordon comme je l'ai dit plus haut peut aussi y contribuer. La cause la plus fréquente de la rupture des adhérences naturelles du placenta à l'utérus, sont les hémorrhagies qui ont leur siége entre la matrice et cet organe, et qui résultent de la rupture d'un ou plusieurs vaisseaux utéro-placentaires d'où l'on peut conclure, que la pléthore utéro-placentaire est au moins une cause prédisposante de cet accident. Le décollement du placenta lorsqu'il n'a lieu que dans une petite étendue n'empêche pas toujours la grossesse de parvenir à son terme, mais lorsqu'il a lieu dans un grand espace, l'avortement doit en résulter parce que la partie adhérente ne suffit plus pour fournir à l'enfant la quantité de sang nécessaire à son existence, ou parce que l'hémorrhagie qui en résulte, est trop abondante et détruit les adhérences de l'œuf à la matrice.

De la déchirure du placenta.

Les causes que je viens d'indiquer comme pouvant occasionner le décollement du placenta peuvent aussi donner lieu à la déchirure du tissu de cet organe, l'état du tissu placentaire me semble disposer plus particulièrement à l'un ou à l'autre de ces accidents. En fait, la déchirure du placenta est assez rare, tandis que son décollement s'observe assez souvent. La déchirure de cet organe occasionne l'avortement par l'hémorrhagie qui en résulte nécessairement, il suffit de l'avoir indiqué pour qu'on comprenne la manière dont il agit.

(*La suite à un prochain cahier*).

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET BELLES-LETTRES DE BRUXELLES.

Séance du 3 juillet 1841.

ENTOMOLOGIE.

Instinct des insectes.—Notice présentée à l'Académie royale de Bruxelles, par M. Wesmael,

En me promenant, il y a une quinzaine de jours, dans mon jardin, je remarquai, sur un lilas de Perse, des espèces de cornets ou cylindres irréguliers, longs d'un pouce et demi à deux pouces, ouverts aux deux bouts, et formés par le rapprochement et le contournement de trois ou quatre feuilles retenues au moyen de quelques fils de soie. Chacun de ses cornets servait de retraite à une petite chenille de la famille des *Rouleuses* (*Tortrices*). Une odynère femelle (*Odynerus parietum*) vint se poser sur un de ces cornets, courut successivement à chaque bout où elle s'arrêta un instant pour introduire dans l'ouverture l'extrémité de ses antennes, puis revint se placer sur le milieu du cornet. Là elle se mit à le pincer avec vivacité entre ces mandibules, et, un instant après, se transporta de nouveau rapidement et tour à tour à chaque bout, comme la première fois; puis revint encore une fois au milieu, se remit à pincer le cornet si fort qu'elle y fit une entaille, et alors, une nouvelle fois, elle courut visiter, l'une après l'autre les deux extrémités. Revenue encore se placer sur le millieu du cornet, elle employa de nouveau quelque moment à le pincer, puis courant à l'extrémité antérieure, elle y saisit avec dextérité la petite chenille qui s'était réfugiée près de l'ouverture. — Tel est le simple narré des faits qui se sont passés sous mes yeux, dans l'espace de deux à trois minutes.

Si ces faits, considérés dans leur but et dans leur ensemble, sont du nombre de ceux que l'on peut mettre sur le compte de l'instinct, il faut convenir que, dans leur détails, ils ressemblent singulièrement à certaines opérations de l'intelligence. Sans doute, l'odynère qui cherche une chenille pour approvisionner le berceau de sa postérité, agit instinctive-

ment; mais les moyens à l'aide desquels l'odynère se procure sa proie, ne sembleraient-ils pas être le résultat d'une sorte de raisonnement ? En effet, après s'être assurée que la petite chenille rouleuse ne se trouve près d'aucun des deux bouts du cornet, l'odynère se met à le pincer vivement vers le milieu; et cela, dans quel but? est-ce pour écraser ou saisir la petite chenille ? aucunement : c'est pour l'effrayer; c'est pour la forcer à quitter sa retraite et à fuir par une des deux ouvertures. Chaque fois, l'odynère court s'assurer du résultat de son stratagème, et, comme on l'a vu, ce n'est qu'à la troisième reprise qu'il lui réussit, et qu'elle s'empare de la chenille au moment où celle-ci veut imprudemment fuir son cornet protecteur.

BIBLIOGRAPHIE.

COUP D'OEIL SUR LES INSTITUTIONS MÉDICALES BELGES, depuis les dernières années du XVIII[e] siècle, jusqu'à nos jours, suivi de la Bibliographie de cette époque; par C. Broeckx. Bruxelles, Société Encyclographique des sciences médicales, rue de Flandre, n° 155, 1841. 1 volume in-8°.

La première partie de cet ouvrage a déjà été imprimée dans nos Archives (février 1841), on sait donc qu'elle traite successivement de l'organisation de l'enseignement médical, des Sociétés de médecine et des écrits périodiques depuis la fin du XVIII[e] siècle, jusqu'à notre époque.

Le but que M. Broeckx s'est proposé en pratiquant de laborieuses recherches dans les champs de nos devanciers et de nos contemporains, a été de faire connaître plusieurs travaux injustement relégués dans la poussière des bibliothèques, par cela seul, qu'on ignore leur existence ou qu'on ne les croit pas dignes de fixer l'attention : il a l'espoir que le catalogue bibliographique de tout ce qui a été publié dans ces derniers temps contribuera, en dénombrant nos richesses, à fonder ce véritable esprit national médical si utile et si nécessaire aux progrès de la médecine appliquée au soulagement de nos compatriotes et à la relever du honteux oubli où notre insouciance et notre timidité l'ont reléguée.

Ce catalogue a dû coûter bien des peines et des recherches à son auteur : il a adopté la classification scientifique; nous trouvons qu'elle remplit très-bien son but; en effet, si quelque médecin désire connaître ce que nos compatriotes ont écrit sur tel ou tel sujet médical, il n'a qu'à consulter la table des matières et il embrasse d'un coup d'œil tout ce qui a été publié sur l'art

médical : pour faciliter encore les recherches, il a ajouté deux tables dont l'une contient les noms des auteurs et l'autre les matières traitées.

Quelques travaux ont été analysés; ils le sont si judicieusement que nous sommes forcés de regretter que l'auteur n'ait pas complété cette vaste entreprise.

Quoi qu'il en soit, l'ouvrage de M. Broeckx fera époque, il est aussi indispensable au médecin belge qu'un catalogue bien établi l'est pour une riche bibliothèque; cherchez-vous à résoudre une question de médecine, M. Broeckx vous indique les auteurs qui ont déjà livré ce sujet à leurs méditations; avez-vous l'intention de consacrer quelques loisirs au développement de l'un ou l'autre point de la science encore obscur, consultez le catalogue pour vous assurer si vous ne reproduirez pas ce qui a été dit par vos prédécesseurs ou vos contemporains; enfin cherchez-vous à acquérir d'utiles leçons sur l'art en général, l'inspection du Catalogue vous fournira l'indication d'excellents mémoires, de dissertations, de monographies, etc., qui vous épargneront de longs et fastidieux labeurs et vous éviteront la peine d'aller chercher bien loin ce que vous avez sous la main.

Que nos lecteurs soient bien persuadés que c'est avec une profonde conviction que nous proclamons le mérite incontestable de l'ouvrage de M. Broeckx.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la compression, son mode d'action et sa valeur thérapeutique; par E. Thirion, de Namur, docteur en médecine en chirurgie et en accouchement, de l'Université de Liége; membre correspondant des Sociétés de médecine de Bruxelles, de Lyon, de Gand, d'Anvers, de Bruges, et de celle des Sciences naturelles de cette dernière ville.

—

Conseil aux cultivateurs. — Des moyens de mettre le bétail à l'abri des atteintes de la pneumonie épizootique qui règne en ce moment; par A. Petry, médecin vétérinaire.

—

L'abondance des matières ne nous permet pas de rendre compte de ces ouvrages dans ce numéro.

RÉCLAMATION.

Bruges, le 9 aout 1841.

A monsieur le Rédacteur en chef des Archives.

Monsieur et très-honoré confrère,

Attaqué dans le Bulletin de la Société de médecine de Gand, j'ai cru qu'il était de mon devoir de me défendre; j'ai cru aussi que ceux qui m'avaient attaqué, quoiqu'avec maladresse, me permettraient de mettre la défense à côté de l'attaque, et ne s'arrogeraient par le droit de parler seuls. Il n'en a pas été ainsi; après six semaines de délibération, cette Société, voyant mes adversaires dans l'impuissance de me réfuter et de soutenir leur opinion, qu'elle-même avait appuyée, s'est emparé d'un vain prétexte pour me notifier qu'elle a résolu de ne pas publier ma réponse dans son Bulletin; violant ainsi les premières règles de toute justice, *audi alteram partem.* Les circonstances qui ont accompagné ce refus, ne me semblent pas dignes d'être mises sous les yeux de vos lecteurs; je ne les publierai donc que lorsque de nouveaux motifs m'y forceraient, et je me bornerai à vous demander de vouloir insérer dans le prochain numéro de votre estimable journal, les deux pièces du procès, ainsi que la présente lettre. Il sera facile, monsieur, de juger de quel côté sont la raison et les convenances.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments de considération très-distinguée.

De Lahaye.

Extrait du Bulletin de la Société de médecine de Gand, du mois de mai 1841.

M. Lados demande la parole :

Messieurs, dit l'honorable membre, ce n'est pas sans étonnement que je viens de lire dans les *Archives de la médecine belge* (2e cahier), un article qui ne tend à rien moins qu'à ravaler le mérite d'un homme dont le nom est vénéré par presque tous les médecins des deux Flandres, de Van Rotterdam. Les auteurs de cet article essayent de jeter de la déconsidération sur notre Société, parce que ce nom nous sert en quelque sorte de bannière et que ce sont les préceptes de notre ancien maître qui sont souvent nos guides dans les jugements que nous portons sur les travaux soumis à notre examen. Cet article fait partie d'un rapport présenté à la Société médico-chirurgicale de Bruges par MM. Buys et De Lahaye au sujet d'un travail de M. le docteur Voets, qui, pour le dire en passant, est rempli de ces grandes vérités qui se présentent journellement aux yeux du praticien.

Le passage dont j'ai à vous entretenir, est ainsi conçu :

« Nous n'irons donc pas, à l'exemple de ce qui se passe dans une Société
» de médecine de notre pays (1), vanter un temps et des hommes, qui,
» heureusement, sont loin de nous, évoquer un Van Rotterdan, et ce que
» l'on nomme si plaisamment son école, école de ténèbres et ennemie de
» tout progrès. Nous disons ceci à regret, parce que nous aimons à recon-
» naître le mérite réel et le zèle scientifique de M. le professeur Guislain ;
» mais nous ne pourrions guère l'approuver, s'il suivait dans son enseigne-
» ment la méthode nébuleuse de son prédécesseur, dont il est venu, si mal
» à propos, prôner le mérite professoral ; et pour justifier nos reproches,
» nous n'aurions qu'à en appeler au souvenir *des élèves de sens,* qui ont
» apprécié cet enseignement où l'état stationnaire était un dogme et où l'on
» faisait une guerre ridicule et stupide à toute innovation, surtout *venant*
» *de dehors.* »

Messieurs, voilà donc des médecins belges qui, pour rehausser le mérite des innovations venant *de dehors,* essayent de ternir la mémoire d'un de leurs compatriotes. Je sais que l'on peut me répliquer que la science est de tout pays ; aussi ne m'arrêterai-je pas davantage sur ce point. Ce qui doit nous étonner, c'est de voir l'un des Commissaires rédacteurs du rapport, émettre de telles idées, lui qui, mieux que beaucoup d'autres, a été à même d'apprécier les connaissances pratiques de Van Rotterdam : en 1818, si l'on peut en croire les renseignements qui nous ont été fournis par quelques-uns de nos collègues, M. De Lahaye fut atteint du typhus nosocomialis, comme on l'appelait alors, et l'on sait que c'est justement à cette époque que la médecine physiologique faisait le plus de prosélites, et qu'elle était en même temps cause de bien de résultats déplorables, surtout alors qu'il s'agissait de maladies épidémiques ou de fièvres dues à des miasmes délétères. L'élève malade fut traité cependant par Van Rotterdam d'après ce système rétrograde, condamné aujourd'hui par les membres de la commission, et il guérit. Son médecin eut-il mieux fait de le traiter physiologiquement ? Ce n'est pas après un intervalle de plus de vingt ans qu'on viendra nous le dire ; d'ailleurs peu nous importe. — Je ne vous signalerai pas les expressions peu convenantes dont se sont servis ces messieurs pour blâmer celui qui guida nos premiers pas. Je ne m'arrêterai pas davantage à comparer leurs productions littéraires avec celles de Van Rotterdam. Cependant il eût été convenable de produire des titres scientifiques imposants, lorsque l'on tenait à juger et même à déprécier un homme pareil, et cela sans se donner la peine de le faire avec des pièces probantes.

Je pense qu'il me suffira d'énumérer quelques-uns des titres de Van Rotterdam pour convaincre ceux d'entre vous qui n'ont pas suivi ses leçons, qu'il est réellement digne des hommages que nous lui vouons : cette énumération fera voir que la demande que je vais avoir l'honneur de vous faire, et qui tend à vous proposer que nous composions la biographie du professeur Gantois, fera naître un travail d'autant plus méritant qu'il prouvera au monde médical que l'estime que nous avons pour ce médecin, est fondée sur des motifs dont la valeur scientifique est incontestable.

(1) Bulletin de la Société de médecine de Gand, année 1841, page 8.

Jean-Charles Van Rotterdam naquit à Anvers le 15 décembre 1759. Après avoir fait d'excellentes humanités et avoir acquis une parfaite connaissance des langues anciennes, il fit ses études à l'Université de Louvain, où il fut proclamé *fiscus et decanus*, distinction accordée par les professeurs à l'élève le plus remarquable. On sait combien il fallait de connaissances pour parvenir à être nommé le premier élève de cette fameuse Université. Le 16 octobre 1784, il obtient avec la plus grande distinction le titre de licencié en médecine, après avoir soutenu de la manière la plus brillante, une dissertation académique *sur la paralysie*. Les professeurs de Louvain, appréciant les avantages que l'enseignement pourrait retirer des connaissances de Van Rotterdam, le nommèrent professeur privé à la Faculté de médecine. Il s'acquitta de ces fonctions à la grande satisfaction des nombreux élèves qui suivirent ses cours. Par suite des bouleversements politiques et pendant des temps d'agitation, Van Rotterdam se retira à Deynse, où il s'établit en 1793, et d'où il fut appelé à Gand l'année suivante. Une épidémie de dyssenterie sévissait alors avec force dans notre province; elle lui fournit l'occasion de mettre en pratique les vastes connaissances qu'il avait puisées dans l'étude des épidémies, si bien décrites par les anciens médecins observateurs. — C'est dans de pareils moments que l'on voit combien sont stériles les explications systématiques, qui tendent à tout rattacher à un seul genre d'affections. Les épidémies de dyssenterie, le choléra, les fièvres typhoïdes sont là pour dire combien est souvent désillusionné le médecin qui, n'ayant pour guide que ces théories, croit pouvoir tout expliquer en disant : c'est une gastrite, une gastro-entérite, une phlegmasie enfin; les antiphlogistiques sont indiqués et doivent nécessairement triompher du mal. Nous avons presque tous appris par expérience que pendant les épidémies, ce que le médecin a de mieux à faire, c'est d'abandonner les théories du moment et de recourir aux remèdes indiqués par ceux qui, dans des temps antérieurs, ont eu des maladies pareilles à traiter. C'est alors surtout que l'étude des anciens maîtres de l'art devient indispensable. C'est ce que comprit Van Rotterdam : aussi fut-il on ne peut plus heureux dans le traitement de la dyssenterie.

En 1803, une commission de santé fut instituée pour le département de l'Escaut; il en fut, un des premiers, nommé membre.

En 1816, il fit également partie du jury médical, et en 1818 il fut désigné comme membre de la commission médicale de notre province.

Depuis le 3 décembre 1804 jusqu'à sa mort, il fut médecin en chef de l'hôpital civil de Gand. C'est là, au lit des malades qu'il apprit à se rendre compte de chaque symptôme et à examiner en praticien l'influence du régime et des médicaments. Que de fois ne dit-il pas aux nombreux élèves qui suivaient ses leçons : « Faites attention, une crise va avoir lieu, tel symptôme l'annonce; il faut aider la nature dans son travail bienfaisant... » Et presque toujours ce qu'il avait prévu arrivait.

La direction de tous les établissements de bienfaisance lui fut confiée peu de temps après; en 1809, il fut nommé médecin de l'hôpital des Riches-Claires, de l'hospice des vieillards et de celui des vieilles femmes, etc., etc.

En 1806, le préfet Faitpoult dota la ville de Gand d'une école de médecine, et la chaire de pathologie et de clinique interne en fut confiée à Van

Rotterdam. C'est alors, comme il nous l'a dit souvent lui-même, qu'il commença de nouveau l'étude des anciens maîtres. Les œuvres d'Hippocrate, de Galien, d'Arétée de Capadoce, de Celse, Haller, Morgagni, etc., furent l'objet de ses méditations. Un de ses grands plaisirs était de faire voir dans quels cas les conseils de ces grands hommes devenaient applicables ; rien n'égalait pour lui la satisfaction de montrer qu'une prévision, faite conformément aux préceptes de tel ou de tel auteur venait à se réaliser. C'est à côté du lit du malade et entouré de ses élèves, que cet homme se sentait réellement heureux ; ce qu'il avait alors surtout à cœur, c'était de prémunir son auditoire contre l'influence des systèmes qui ne cessent de se succéder. Que de fois ne s'est-il pas fait alors la question que le professeur Lordat, de Montpellier, pose à ses lecteurs dans un de ses derniers ouvrages (1), savoir « si les novateurs ont bien connu les idées essentielles, fondamentales, constitutives de la médecine interne qu'ils ont eu l'intention de renverser. »

C'est contre le système de Broussais surtout qu'il voulut nous armer. Aussi c'est grâce à lui que les médecins qui se trouvent aujourd'hui dans les deux Flandres et qui ont été formés d'après son *école*, mot que nous nous plaisons à répéter ici, n'ont pas à revenir de leurs erreurs : ils se souviendront toujours de l'avoir vu, représentant en quelque sorte l'ancienne médecine, combattre ces systèmes mensongers, si propres à inspirer de la confiance à une jeunesse qui n'a pas encore éprouvé les déceptions de la pratique et qui préfère de beaucoup les théories éblouissantes qui paraissent donner des explications surtout, et au moyen desquelles elle peut, avec un peu d'application, se dire, au sortir de l'école, l'égale de ses maîtres. Il en est de l'étude à l'égard de l'ancienne médecine comme de la philosophie à l'égard de la religion : on la juge tout différemment selon qu'on en connaît peu ou beaucoup. Aussi, au lieu de dire avec Bacon *qu'un peu de philosophie éloigne de la religion et que beaucoup de philosophie y ramène*, on peut avancer *qu'un peu d'étude de la médecine nous éloigne de nos anciens maîtres, mais que beaucoup d'étude et de pratique nous ramène vers eux.*

En février 1817, Van Rotterdam fut nommé professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, qui venait d'être créée. Beaucoup d'entre vous ont encore présent à l'esprit le beau discours qu'il prononça comme recteur, lors de l'installation de cette institution. Il fut professeur jusqu'à l'instant de sa mort, qui arriva le 4 juillet 1854.

Il me reste un mot à vous dire des ouvrages qu'il a publiés. Vous connaissez sa brillante réfutation des systèmes de Broussais et de Rasori : citer cette réfutation, c'est repondre suffisamment à l'accusation que lui adressent les médecins de Bruges d'avoir été l'ennemi de toutes les innovations. Je pense, messieurs, qu'au lieu de lui faire un reproche à ce sujet, c'est là qu'on aurait dû lui trouver le plus de titres à notre confiance. Il a été l'ennemi, il est vrai, de ces nouveaux systèmes, non pas parce qu'il ne les étudiait point,

(2) De la perpétuité de la médecine ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent. Paris, 1837, 1 vol. in-8°.

mais parce que dès cette époque, il prévoyait ce qui est arrivé depuis : il était convaincu que ceux qui les auraient acceptés avec trop d'enthousiasme, n'auraient pas tardé à revenir de leurs erreurs. Et c'est pour avoir si bien su lire dans l'avenir, qu'on lui reproche d'avoir fait une guerre *ridicule et stupide* à toute innovation ! il suffit de lire de pareilles choses pour en sentir toute l'inconvenance ; et, je ne puis admettre qu'un homme de bonne foi puisse les employer en parlant de Van Rotterdam, à moins de le faire sans la moindre réflexion.

Au concours proposé (1), en 1812, par l'ancienne Société académique de médecine de Paris, des quinze mémoires envoyés en réponse à la question proposée, celui de Van Rotterdam fut tellement supérieur aux autres, qu'il fut non-seulement couronné et son auteur jugé digne du prix, mais encore que l'éloge le plus flatteur en fut fait par Bosquillon, président de la commission chargée de l'examen des réponses. Le rapporteur en citant les observations faites par le médecin belge, ne manque pas de dire « qu'elles sont conformes à celles des médecins les plus célèbres de l'antiquité. »

Vous parlerai-je de son mémoire sur le choléra et de ses autres productions littéraires? Vous entretiendrai-je encore des considérants qui accompagnèrent l'arrêté publié lors de sa nomination (en 1825) de chevalier de l'ordre du lion Belgique? Ce serait trop anticiper sur la notice biographique, dont la rédaction, j'en suis certain, sera votée à l'unanimité, et sur laquelle je compte d'autant plus, que déjà j'ai été à même d'apprécier votre estime pour les talents de celui à l'école duquel nous avons été presque tous formés, lorsque vous avez ordonné que son buste devait orner la salle de vos réunions.

Maintenant, messieurs, je vous propose de répondre à l'appel des deux médecins de Bruges. Au risque même de ne pas être classés par ces messieurs parmi les *élèves de sens* de Van Rotterdam, prouvons que les titres de ce médecin méritent d'être *évoqués;* prouvons que ceux qui, comme nous, vantent sa méthode, s'appuient non-seulement sur l'expérience des siècles, mais encore sur un raisonnement, peu systématique, il est vrai, mais au moins conforme à ce que la nature nous a appris et nous apprend tous les jours dès que nous daignons la consulter. A cet effet, je vous propose de publier dans vos *Annales* la biographie complète de Van Rotterdam et de nommer une commission qui se charge de ce travail.

M. Burggraeve. Je m'associe à la noble proposition de M. Lados, je n'ai pas l'honneur de connaître personnellement M. le commissaire ni M. le rapporteur de la Société médico-chirurgicale de Bruges ; du moins je ne connais le premier que comme le dernier écho, en Belgique, du physiologisme expirant; mais j'avoue que la sortie à laquelle ils n'ont pas craint de se livrer, m'a péniblement affecté. Quoi ! c'est au moment où nous cherchons à fonder notre nationalité et à faire vivre notre pays de cette vie intellectuelle qui seule peut consolider son existence politique, que les confrères Brugeois cherchent à ternir au nom du *dehors* l'une de nos illustrations médicales,

(1) Quels sont les signes qui indiquent la saignée, soit dans les fièvres intermittentes, soit dans les fièvres continues désignées sous le nom de *putride, adynamiques, malignes ou ataxiques*.

un homme qui a passé sa vie non, comme le disent MM. Buys et De Lahaye, à faire une guerre ridicule et stupide à toute innovation *venant du dehors*, mais à préserver ses nombreux élèves de la contagion d'une doctrine qui, dans les Flandres surtout, devait porter les fruits les plus amers. L'école de Van Rotterdam, *une école de ténèbres et ennemie de tout progrès!* Qu'en penseront les praticiens des Flandres formés à cette école? Pour ma part, je ne sais comment MM. Buys et De Lahaye entendent le progrès. Serait-ce cet esprit aventureux qui ne craint pas de jouer la vie de l'homme au profit d'un système auquel il espère attacher son nom? A ce prix Hippocrate lui-même doit leur paraître bien ennemi du progrès. Singulier progrès, du reste, que celui d'une doctrine qu'*au dedans* ses plus aveugles séides n'osent plus avouer, et qui *au dehors*, dans nos Flandres surtout, reçoit tous les jours les démentis les plus éclatantes, de ceux même qui s'en étaient dits les partisans les plus exclusifs! Au reste, remercions MM. Buys et De Lahaye de ce que, par leur attaque, ils nous ont fourni l'occasion de rendre une justice éclatante au plus grand praticien dont s'honorent les Flandres.

La proposition de M. Lados est mise aux voix et adoptée.

Lettre à MM. LADOS *et* BURGGRAEVE, par M. DE LA HAYE.

Messieurs,

Je regrette, qu'en répondant à une opinion que j'ai cru devoir énoncer sur le mérite professoral de Van Rotterdam, vous vous soyez totalement écarté de la vérité en ce qui me concerne.

A vous, permis, sans doute, de ne pas partager cette opinion, et de manifester votre haute admiration pour les talents de cet ancien professeur, admiration, du reste, dont je ne dois pas suspecter ici la sincérité. Mais pour me réfuter, il ne peut vous être permis de m'opposer des faits, qui n'ont jamais existé, ni de me prêter des opinions en tout contraires à celles que j'ai toujours professées.

Vous dites qu'en 1818, j'ai été atteint du typhus nosocomial, et traité par Van Rotterdam d'après le système rétrograde que je condamne aujourd'hui, et qui cependant m'a guéri : et vous demandez, malicieusement, s'il eût mieux fait de me traiter *physiologiquement*.

Je vous fais grâce, messieurs, de tout ce qu'on pourrait vous répondre à un si beau raisonnement. Je ne veux relever ici qu'un point, c'est que, *fort heureusement pour moi,* je n'ai jamais été traité par Van Rotterdam, et qu'il n'a jamais pu m'appliquer ni son système rétrograde, ni tout autre. J'ai été traité, dans la circonstance dont vous parlez, par votre respectable doyen M. Van Lokeren, et j'ai été traité par bon nombre de saignées générales et locales. C'est ce que ce digne praticien pourra vous attester. Aussi je me plais à lui renouveler ici toute ma reconnaissance.

Si donc, en m'objectant un pareil fait, votre intention a été de jeter en

outre du blâme sur mon caractère, il est fâcheux pour vous que vous ayez été réduit à l'inventer.

Vous n'êtes pas plus heureux, ni plus près de la vérité à l'égard des opinions médicales, que vous voulez bien me prêter, en disant que je suis *le dernier écho, en Belgique, du physiologisme expirant.*

Et ici j'ai peine à comprendre votre légèreté et votre inattention, puisque dans le rapport (1), qui fait l'objet de votre critique, vous trouvez d'avance un démenti à votre assertion. J'y prouve que, dès l'origine, je me suis opposé à la doctrine de Broussais, envisagée comme système général, et que je m'y suis opposé non par de vaines paroles mais par des faits. J'y reconnais aussi la nécessité de l'empirisme en médecine, de l'empirisme, je ne l'ignore pas, qui n'est pas le fruit d'un jour, mais le résultat de l'expérience des siècles. Mais recourir à l'empirisme, là où besoin en est, n'est pas renoncer aux lumières de la physiologie moderne, ni préconiser ridiculement *la médecine des anciens,* au détriment de la médecine si progressive de nos contemporains.

Ensuite, messieurs, ce n'est pas d'aujourd'hui que j'ai exprimé l'opinion, qui semble tant vous contrarier, sur Van Rotterdam, devenu tout à coup, et je ne sais à quel propos, l'objet de votre culte. Je n'ai pas attendu que Van Rotterdam ne pût plus répondre pour lui rendre cette justice; je lui ai dit mon opinion en face, ainsi que quelques membres de votre Société ne peuvent l'avoir *oublié.*

Entr'autres preuves, l'œuvre de ce médecin, que vous exaltez tant, cette réfutation, comme vous dites, des systèmes de Broussaiš et de Rasori, a été analysé par moi dans la *Bibliothèque médicale belge* (2). Là, j'ai démontré longuement que dans ce prétendu chef-d'œuvre, il est impossible de trouver autre chose que des non-sens et des contradictions. Aussi, je n'hésite pas à vous recommander de jeter un coup d'œil sur cette analyse, avant de vous mettre à composer le panégyrique que vous méditez. Bien plus, je vous dirai, ce que sans doute vous ignorez, que Van Rotterdam avait annoncé que ce n'était là qu'un prélude d'une œuvre plus étendue sur la même matière, qu'il allait mettre au jour, et qu'aussitôt je lui ai promis d'en faire également une analyse (3). Cette œuvre malheureusement n'a pas paru. Van Rotterdam ne se serait-il pas soucié de voir ses productions analysées de cette manière par moi, et vous aurais-je ainsi privé d'un nouveau chef-d'œuvre?

Je pourrais m'étendre davantage, vous prouver que Van Rotterdam, en répudiant les doctrines de Broussais et de Rasori, avait moins en vue ces doctrines elles-mêmes (qu'il n'avait pas appréciées) que leur nouveauté et leur origine. Oui, quoi que vous en puissiez dire, nouveauté et origine étrangère étaient des titres de proscription. Pour toute preuve, je me bornerai à citer et à soumettre à votre propre appréciation, cette exclamation carac-

(1) C'est par une erreur typographique, que mon collègue M. Buys a été désigné comme rapporteur, il n'a été que commissaire, j'ai été rapporteur, comme on en peut juger par le rapport même.

(2) Tome I, page 1 et 73.

(3) Ibid. page 83.

téristique, énoncée dans une de ses leçons : *o miserabilis Pinel! o ignari Galli!* exclamation consignée dans une publication de cette époque (1).

Je finirai donc, en demandant, si, en qualifiant de guerre ridicule et stupide de telles attaques contre les découvertes les plus utiles, mes expressions sont inconvenantes, et si une Société comme la vôtre doit se proposer de suivre de tels errements, elle qui renferme dans son sein quelques hommes dont je me plais à reconnaître les utiles travaux? je demanderai enfin si c'est travailler utilement à fonder une gloire nationale, que de lui donner une base si futile et que le moindre examen doit renverser? Qu'on ne vienne donc pas m'accuser de manquer de patriotisme, parce que je ne saurais m'extasier devant un mérite que je ne reconnais pas; le patriotisme ne saurait consister à soutenir ce qui ne serait à mes yeux qu'un mensonge.

J'ai l'honneur d'être votre collègue.

De Lahaye.

Bruges, le 25 juin 1841.

Les soussignés, élèves de l'Université de Gand, pendant l'époque où professait Van Rotterdam, déclarent adhérer aux idées exprimées par M. le docteur De Lahaye, sur l'enseignement et les doctrines de ce professeur. Ils n'hésitent pas à en appeler à cet égard, à la conscience et à la bonne foi de leurs anciens condisciples. Ils déclarent de plus que le véritable mérite rencontrera toujours chez eux de la sympathie, et que tous leurs efforts tendront à lui donner un légitime éclat, mais qu'ils ne s'associeront jamais aux tentatives qui pourraient être faites, pour élever sur le pavoi une réputation usurpée.

Bruges, le 28 juin 1841.

J. De Merssman. De Brouwer. E. Wemaer m.-d.

(1) Sur l'état de la médecine en Belgique, par Broquet, 1821, et journal de Gand, 1821, n° 210.

M. le docteur De Roubaix vient d'être nommé professeur extraordinaire à l'Université libre de Bruxelles.

—

La Société royale de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 14 août dernier, a conféré le titre de membre correspondant à M. le docteur Hoebeke. Nous applaudissons à cette honorable distinction accordée à l'un des médecins les plus distingués de notre pays, et que nous nous estimons heureux de compter au nombre des collaborateurs à notre journal.

—

M. Cunier vient de mander à l'Académie des Sciences, qu'il a réussi à remplacer par la myotomie oculaire l'opération de la pupille artificielle *par déplacement de la pupille naturelle,* dans deux cas ou des albugos occupaient le centre de la cornée et rendaient la vision impossible. Le strabisme une fois produit, les malades ont pu y voir.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

Société de médecine d'Anvers.

DE L'AUTOPLASTIE APRÈS L'ABLATION DU CANCER;

SUIVIE DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DU CANCER EN GÉNÉRAL;

Par V. DELHAYE,

Docteur en médecine et en chirurgie, à Montignies-sur-Roc, membre correspondant.

Si la pathogénie et la thérapeutique du cancer laissent encore tant à désirer, quels progrès l'autoplastie n'a-t-elle point imprimés à son traitement chirurgical? Eh, si par analogie au *Tout-Puissant,* nous qualifions de *créateur* l'homme de génie qui a su généraliser une méthode quelconque de l'art de guérir, quel auteur a mieux mérité ce titre que celui qui imagina l'autoplastie, mode d'opérer qui rend la main du médecin égale à la puissance qui crée! Certes, hommages soient rendus au praticien qui, le premier, a su restaurer nos tissus, qui, le premier, a su réparer un arrêt de développement! Cette découverte a non-seulement l'avantage d'abréger la longueur des cures, et partant de soustraire les opérés aux accidents qui en dépendent; mais elle compense encore les douleurs d'une dissection, pénible à la vérité, par une cicatrice linéaire, et, si nous ajoutons qu'elle empêche la

récidive dans les ablations des cancers qui paraissent répulluler d'autant plus que la plaie est avec perte de substance, ce que l'illustre Beel avait déjà reconnu expérimentalement (Traité des ulcères, page 205), n'est-ce pas là le vrai triomphe de la chirurgie moderne?

Pour obtenir d'aussi heureux résultats, l'opération plastique nous trace des préceptes généraux dont l'observance est de rigueur. C'est ainsi que l'artiste, après avoir taillé presque géométriquement les lambeaux de restauration, tarit d'abord l'hémorrhagie par la torsion des artères; puis ayant mis la plaie dans les conditions propres à la reconstruction, il attend que par le refroidissement, apparaisse à sa surface cette humeur lymphatique qui est le ciment de la réunion immédiate : alors est arrivé le moment d'opérer la translation des lambeaux que la suture maintient en un contact mou, régulier et inamovible. Finalement, cette ento-animale ne doit jouir pendant tout le travail de l'adhésion, que d'un certain degré de vitalité; aussi convient-il qu'elle soit libre de tout appareil pour pouvoir être modifiée par les moyens connus, à la tête desquels nous plaçons les sangsues et les réfrigérants.

La réunion par première intention de nos auteurs, ne nous offre, comme l'on voit, qu'une ébauche grossière de l'autoplastie. En effet, les ligatures, les nombreux emplâtres, la multiplicité des bandes dont on faisait usage, en agissant comme irritants, empêchaient encore la libre circulation de la transpiration dans les lambeaux; aussi, la suppuration et une réunion secondaire étaient-elles presque inévitables.

Ce qui a retardé surtout l'application générale du procédé plastique, c'est la connaissance insuffisante de la torsion des artères comme moyen hémostatique et sans lequel on ne peut point se promettre une réunion primitive. Eh! quel chirurgien serait assez téméraire pour oser, sans avoir suffisamment expérimenté la torsion sur de gros vaisseaux, lui confier le sort de son malade? Qui ne sait combien l'incertitude est poignante pour l'homme de l'art dont l'avenir peut dépendre d'une légère imprudence? nous croyons que ce puissant motif suffira pour nous excuser d'avoir émis, dans nos opérations, quelque chose d'un complément pratique qui a enfanté des prodiges.

I. *Tumeur squirrheuse du sein droit; mastoplastie, opérée aux dépens du lambeau supérieur.*

Madame Fontaine, de Sebourgtiaux, âgée de 40 ans, mère de famille, d'une constitution lymphatique, habitant un lieu bas et humide, avait remarqué en allaitant, une année avant de nous consulter, une petite tumeur dure, isolée dans le sein droit. Redevenue enceinte, elle avorte à trois mois : dès ce moment, le mal prend un tel accroissement que six mois plus tard, il égale les deux poings d'un adulte. C'est alors que nous vîmes cette malade : toute la glande mammaire est convertie en un squirrhe dur, bosselé, un peu adhérent et causant des douleurs lancinantes. Aux bords de l'aisselle du même côté, on palpe deux glandules dégénérées; une troisième, en tout semblable, se trouve sur la poitrine, à deux pouces au-dessus du sein. La peau qui recouvre l'organe, est intacte, seulement elle est fort

amincie à sa partie moyenne, et est impropre à la restauration. Quant à la constitution générale, quoique l'embonpoint se soit conservé, elle n'offre rien de rassurant; car le facies est d'un jaune-paille, nuancé d'un rouge vif aux pommettes; les digestions sont pénibles; il y a une grande inquiétude au moral.

Nous proposons l'opération comme la dernière planche de salut; cette dame l'ayant acceptée, nous y procédons aux premiers jours de mai 1840, de concert avec MM. Calmant, médecin, et V...., chirurgien du lieu.

La malade couchée convenablement sur une table longue et étroite, nous avons pratiqué notre première incision obliquement de bas en haut, de l'aisselle, à l'endroit des deux petites glandes, à deux travers de doigts du sternum, en passant un peu au-dessus du centre de la tumeur, de manière à laisser toute la peau, à exciser au lambeau inférieur, que nous avons divisé verticalement par sa partie moyenne. On dissèque hardiment ces trois lambeaux; le supérieur l'est jusqu'à deux pouces au-dessus du sein, tant pour suffire à la réparation des tissus que pour faire l'ablation du petit tubercule squirrheux dont il a été parlé. Nous attaquons la tumeur principale, qui est culbutée de bas en haut. Les deux ganglions, au voisinage de l'aisselle, mis à nus, sont aussi extirpés. Nous tordons les artères au fur et à mesure que nous les ouvrons; une d'entr'elles, d'un assez gros volume, à l'angle interne de notre première incision, est liée pour plus de sécurité; enfin nous retranchons, avec les ciseaux droits, une bande du lambeau inférieur qui comprend et l'amincissement de la peau et l'excédent inutile à l'autoplastie.

Cette vaste plaie étant bien épongée, nous opérons le glissement des lambeaux que nous maintenons rapprochés par huit sutures à points séparés. On panse avec des compresses épaisses trempées dans l'eau fraîche; le tout est tenu en permanence avec un bandage de corps. La fièvre fut fort modérée après cette grave opération; au cinquième jour, la réaction locale diminuant beaucoup, nous remplaçons les réfrigérants par une décoction émolliente, légèrement tiède. Au septième jour, on enlève la moitié des sutures de deux, l'une; au dixième, on en débarrasse totalement la plaie qui se trouve presque entièrement réunie, hormis à l'endroit de la ligature où elle suppure, et ne se réunit que secondairement. Il n'est resté à cette femme, par la suite, que de la gène dans les mouvements du bras en arrière due aux adhérences des téguments avec le grand pectoral dont les fibres avaient été largement mises à nu; enfin, l'eau de Sedlitz purgative et un cautère au bras ramenèrent une santé et une fraîcheur que nous n'étions point en droit d'espérer.

Après sept mois d'une guérison qu'on pouvait considérer comme radicale, cette dame s'aperçut qu'elle portait de nombreux tubercules sur le cou et le haut de la poitrine du côté droit, que la toux augmentait et que la respiration s'embarrassait. Une diminution notable du soufle pulmonaire avec un bruit de craquement au sommet du poumon droit, nous atteste qu'il y existe une masse de matière tuberculeuse. Nous nous hâtons de prescrire l'huile épurée de foie de morue que notre sujet ne peut supporter, malgré les divers mélanges que nous lui faisons subir, nous n'obtenons pour résultat que l'augmentation des symptômes pectoraux et la fatigue des organes digestifs. La

toux étant devenue le symptôme prédominant, nous lui opposons notre sédatif habituel qui est l'extrait ou la poudre de belladone, à l'intérieur, et l'inspiration, cinq à six fois par jour, de la fumée des feuilles de cette substance que nous faisons fumer à la manière du tabac. Cette femme finit par succomber, il y a quelques mois, à la phthisie pulmonaire.

II. *Squirrhe ulcéré du sein droit, compliqué de glandes squirrheuses, à l'aisselle; mastoplastie, opérée au moyen de deux lambeaux quadrilatères, pris sur les parties latérales de la poitrine.*

Mme Gravelle, de Sebourg, vint nous trouver au mois d'août 1840, pour un mal au sein droit, qui datait de quatre années; elle nous apprit qu'elle y avait été heurtée par sa vache et que, par la suite, il s'y était développé une petite glande qui, pendant deux ans, resta stationnaire; qu'à cette époque le même organe reçut encore pareille contusion, et que dès-lors cette tumeur prit un grand accroissement; elle ajouta qu'après avoir employé mille remèdes inutiles, elle était résolue de suivre ponctuellement nos avis.

Voici où en étaient les choses : nous avions à faire à une femme petite, pleine de vie, fort maigre, au teint brun, et bien que son affection la rongeât, comme elle le disait, elle faisait encore toute la besogne du ménage. Elle avait atteint la cinquantaine, n'était plus réglée, et sa santé était assez bonne. Toute la glande mammaire squirrheuse, de la grosseur du poing, présente à sa surface un ulcère profond, mamelonné, à bords renversés, saignants, fournissant un pus ichoreux et produisant des douleurs lancinantes. Au bord externe de cette tumeur, en se dirigeant vers l'aisselle droite, on palpe un gros faisceau de lymphatiques, qui aboutit à quelques glandes tuméfiées dans le creux axillaire.

Malgré toutes les chances d'insuccès que nous avions à courir, cette femme ayant réclamé l'opération avec un courage ineffable, nous y procédâmes quelques jours plus tard, conjointement avec notre savant confrère le médecin Calmant, de Bavay.

La patiente, située convenablement, deux incisions latérales sont dirigées du bord antérieur de l'aisselle du côté droit à la ligne médiane du sternum; dans leur écartement est comprise la tumeur que nous séparons du lambeau interne par une incision verticale. Nous procédons d'abord à la dissection du lambeau externe jusqu'à sa base et auquel tient le carcinôme qui est retranché dans les parties saines; nous excisons ensuite le faisceau des lymphatiques ainsi que trois glandes superficielles dans l'aiselle, que nous amenons fortement à nous avec les doigts. Dès-lors tout ce qui paraît suspect est énucléé, et bientôt nous arrivons à l'artère axillaire que nous reconnaissons aisément à ses pulsations. Les vaisseaux ouverts sont aussitôt tordus avec la pince d'Amussat. Finalement, nous disséquons le lambeau interne pour suffire à la reconstruction des parties sacrifiées. Sept points de suture réunissent les tissus de restauration qui sont recouverts par des compresses réfrigérantes. Le tout est assujetti par une serviette qui fixe

également le bras droit contre la poitrine pour empêcher tout mouvement préjudiciable à la réunion.

Nul accident ne traverse la cure; la plaie est réunie au neuvième jour; il existe seulement une assez forte suppuration à la jonction antérieure des lambeaux que les sutures un peu tendues, avaient éraillés. Nous pourrions considérer aujourd'hui notre opérée comme guérie, si l'expérience ne nous avait appris combien les affections cancéreuses anciennes sont susceptibles de répulluler, longtemps même après leur ablation, comme le fait suivant vient encore nous le témoigner.

III. *Amputation de l'avant-bras pour un carcinôme de la main; guérison rapide.*

Le nommé Bronchart, dit le grand blond, de la commune d'Audregnies, âgé de 65 ans, charbonnier, d'une forte constitution, vint en 1857 nous prier de lui enlever l'avant-bras gauche pour une affection cancéreuse qui avait dévoré toutes les parties molles et dures du dos de la main. Ce mal, devenu incurable, avait eu pour origine un poireau qui, lié, excisé, brûlé, s'était toujours reproduit comme la tête de l'hydre. Toute l'économie paraissait souffrir de l'infection, et l'on remarquait le développement d'une petite glande dans la cavité de l'aisselle gauche.

Nonobstant toutes ces contr'indications, nous nous rendîmes à la demande de ce malheureux, et réuni avec le médecin Tordeur, d'Élonges, nous fûmes d'avis d'enlever cette extrémité, sauf d'en revenir plus tard à l'excision de cette glandule axillaire, au cas où elle prît un caractère fâcheux.

Nous amputâmes dans le tissu musculaire; pour éviter les accidents et une récidive qu'encourut Sabatier qui, dans un cas semblable, avait désarticulé le poignet (Méd. opér., t. III, p. 419), nous procédâmes par la méthode de Dupuytren. On réunit immédiatement, et l'inflammation fut si heureusement modifiée par l'eau fraîche, qu'au quinzième jour la guérison fut complète. Bronchart reprit bientôt ses forces et sa santé, et, pour suffire à sa subsistance, il dut se livrer aux durs travaux de la campagne. A cet effet, il fit construire une pelle à long manche, dont la manicle s'adaptait au creux de l'aisselle du côté amputé. La petite glande, toujours froissée, finit, à la quatrième année, par prendre un mauvais caractère, et, lorsque nous revîmes notre mutilé, il existait encore une profonde altération du poumon gauche, qui ne tarda pas de le précipiter à la tombe.

Les auteurs ont imaginé divers traitements du cancer, selon les opinions qu'ils se sont formées sur sa cause prochaine. Ceux qui attribuaient cette affection à un vice des humeurs la combattaient par des remèdes internes, parmi lesquels, Storck et Locher ont surtout préconisé l'extrait de grande cigue. Le dernier de ces médecins assure avoir retiré d'immenses succès de cette plante dont il employait la décoction très-concentrée en fomentations et l'extrait par la bouche, depuis vingt-quatre grains, journellement, jusqu'à la dose d'une dragme. (Vide Locher, Tractatus de usù cicutæ in morbis curatu difficillimis, Bruxellis, 1764.)

Bien que les essais tentés, parmi nous, sur cette substance, n'aient pas

entièrement répondu aux espérances qu'on était en droit d'en attendre; néanmoins, on ne peut, non plus, nier tous les bons services qu'elle a rendus dans les affections squirrheuses des viscères abdominaux. Notre ancien professeur de clinique interne, M. Verdeyen, père, praticien famé, à Bruxelles, nous a souvent parlé des cures semblables qu'il avait opérées par l'extrait du conium maculatum, associé au mercure doux et au fiel de bœuf. Nous-mêmes avons obtenu de cet agent deux guérisons d'hypertrophie de la paroi antérieure de l'estomac. C'est à M. Fallot, médecin distingué, à Namur, que nous devons la publication, toute récente, de l'histoire d'un jeune soldat qui, sous l'emploi de ce remède, a été guéri d'un cancer de quelques viscères splanchniques, mais une rechute ayant eu lieu plus tard, le malade y a succombé. En somme, nous croyons que la cigue ne doit point être vouée a une injuste réprobation et qu'administrée, avec persévérance, dans certains cas d'opérations de cancers anciens, on pourrait espérer de détruire jusqu'aux dernières traces d'un mal que l'instrument ne peut atteindre. Les solidistes nous paraissent avoir mieux saisi la nature du cancer en l'attribuant à une lésion locale. Les physiologistes ont été plus loin; ils ont tenté d'en expliquer la nosogénie; ils prétendent que cette affection succède toujours à l'irritation des triples systèmes sanguin, nerveux et lymphatique, irritation dont on peut triompher par un traitement externe. Bien que les adeptes de cette doctrine aient publié beaucoup de guérisons de l'espèce et qu'elles aient été révoquées en doute, elles ne tendent pas moins à prouver que dans des cas douteux de cancers, la médication révulsive prévient de funestes dégénérescences; c'est ce que met hors de doute les deux observations suivantes, que nous ne croyons pas ici déplacées.

L'an dernier, nous vîmes, en consultation, une femme, de la commune de Belignies, âgée de 50 ans, ayant atteint l'âge critique, portant un tel gonflement de l'amygdale gauche que le mal ménaçait de remplir l'isthme du gosier. On remarquait au col, du même côté, maints petits tubercules, durs et insensibles. Déjà l'on avait proposé la résection de cette glande, comme de nature cancéreuse; mais comme cette tumeur ne nous offrait ni la dureté, ni la douleur spéciale au cancer et que d'ailleurs la déglutition pouvait encore s'effectuer, nous fûmes d'avis, mon confrère et moi, d'employer le traitement suivant : on portera, quatre fois dans la journée, sur l'amygdale tuméfiée, une prise de poudre d'alun cru; la malade prendra, dans les vingt-quatre heures, une dissolution édulcorée de quinze grains d'hydriodate de potasse; frictions sur les ganglions du cou avec la pommade iodée, vésicatoire entretenu au bras gauche. Six semaines d'un pareil traitement procurèrent une guérison complète.

Il y a douze ans environ que nous donnâmes nos soins à Hayez Augustin, de Wieries, charbonnier, âgé de 18 ans, lymphatique, attaqué d'une épididymite qui s'abcéda fort lentement. Nous donnâmes issue au pus et, un mois plus tard, l'abcès n'étant pas fermé, le malade s'adressa à d'autres confrères. Le mal s'étant joué, pendant deux ans, de tous les moyens employés, un jeune médecin conseilla la castration. Je revis alors le malade et voilà ce que j'observai : La santé est altérée; cependant les fonctions se remplissent normalement; le testicule est du volume d'un œuf d'oie, sa dureté est celle d'une rate hypertrophiée; il présente à sa partie supérieure

quelques bosselures ainsi que trois fistules, à bords renversés, blafardes, d'où s'écoule un pus séreux, nauséabonde; la douleur est légèrement contusive.

Comme nous savions avec quelle facilité le testicule, enflammé chroniquement, s'incruste de matière tuberculeuse, pour peu que le sujet soit disposé aux scrofules; comme nous avions présents à la mémoire ces graves abus qu'avaient commis des chirurgiens célèbres, en retranchant, comme cancéreux, des didymes tuberculeux, et, qu'en outre, l'on ne doit recourir à l'ablation de cet organe que dans les cas où l'affection cancéreuse est bien démontrée, nous crûmes devoir tenter, au préalable, le perchlorure d'or et de sodium, nous le prescrivîmes, dans la journée, d'un seizième à un huitième de grain, en frictions sur la langue et à l'intérieur des joues, en recommandant à notre malade d'avaler sa salive; nous joignîmes à ce puissant agent des injections iodées dans les trajets fistuleux, et l'usage des purgatifs, à distance, avec le calomel. Bientôt nous eûmes la joie de voir une diminution assez sensible de l'organe spermatique pour recouvrer, en un mois, les dimensions presque naturelles. Hayez jouit maintenant d'une brillante santé, ne conservant, de son ancienne infirmité, que quelques profondes cicatrises. S'il y a si peu de succès à prétendre de l'opération, quand le cancer est compliqué de glandes squirrheuses dans son voisinage, bien qu'on les enlève avec soin (car, en ce cas, il est à présumer que les lymphatiques, qui y ont apporté l'infection, l'ont également transmise à quelques glandes des cavités voisines), combien, disons-nous, n'y a-t-il point d'espoir d'une entière réussite, quand le mal est encore renfermé dans ses limites : c'est pourquoi on doit toujours en conseiller l'extirpation du moment où il est bien caractérisé, puisqu'elle est encore fort souvent l'unique remède sur lequel on puisse compter.

Dans quelque région où soit situé le cancer, il n'en faut point laisser la moindre partie, si l'on veut éviter une rechute certaine : aussi doit-on plutôt donner la préférence à l'instrument qu'au caustique, qui est infidèle et qui n'est pas exempt de dangers.

Dans nos contrées où les empiriques exploitent à leur grand profit, le traitement de toutes espèces de chancres, ils emploient des trochisques, composés de deux grains d'oxide d'arsenic et d'un grain de sublimé corrosif, unis à la gomme adragante ou à la cire vierge. Ils font, sur la tumeur à enlever, une ponction avec la lancette, dans laquelle ils déposent le trochisque. Chacun d'eux peut faire une eschare de la grosseur d'une noisette : aussi proportionnent-ils le nombre de ces grains au volume du mal. Si l'affection se présente sous la forme d'ulcère, ces guérisseurs emploient le caustique de Rousselet ou du frère Cosme. Nous avons vu des guérisons solides de l'application de ces divers escarotiques; mais nous sommes certains qu'on peut les obtenir plus promptement et avec plus de certitude par le bistouri.

L'instrument tranchant à toujours été notre arme de prédilection dans plus de vingt opérations que nous avons faites de cancers simples, et nous pouvons assurer que nous n'avons eu à déplorer la moindre récidive : c'est ce qui nous porte à regarder, comme fondée, cette assertion de tous les bons praticiens : que le cancer est primitivement local et qu'il ne devient général

que par son émigration aux glandes voisines et, de là, aux viscérales. Nous ajouterons que nous n'avons aucun doute sur le caractère des tumeurs que nous avons enlevées, car, outre les signes sensibles et rationnels que chacune d'elles nous a offerts, c'est que leur dissection minutieuse nous a fait reconnaître les divers tissus, propres aux dégénérations cancéreuses. Nous terminerons notre travail par une esquise historique de quelques-uns de nos faits les plus importants, espérant qu'ils ne seront pas lus sans quelqu'utilité pour la pratique.

1. Amélie Moreau, de Vilers Paul, un peu lymphatique, âgée de 18 ans, bien réglée, portait, sous l'angle droit de la mâchoire inférieure, une tumeur squirrheuse du volume d'un œuf de dinde, dont l'origine, sans cause connue remontait à quatre années. Je l'enlevai, il y a plus de vingt ans, conjointement avec M. le médecin Debiscop, de Bavay. Les lambeaux, rapprochés, se réunirent secondairement et jamais cette affection ne s'est reproduite.

2. J'opérai, en 1820, Marie Flamme, d'Angre, âgée de 60 ans, attaquée d'un ulcère cancéreux, large comme la paume de la main, situé à la partie postérieure et moyenne de la cuisse droite. Le grand usage des chaufferettes paraissait l'avoir déterminé. La plaie guérit par cicatrisation et il n'y eut point de rechute.

3. Mme Leroy, d'Audregnies, âgée de 73 ans, santé douteuse, avait toute la glande mammaire gauche, devenue squirrheuse avec ramollissement encéphaloïde et amincissement des téguments. Je procédai à son extirpation avec M. Calm, mon confrère. La cicatrice fut large et resta durable jusqu'à la mort de cette dame qui, trois années plus tard, succomba à un ancien catarrhe pulmonaire.

4. J'enlevai, en 1833, à A. Ghison, célibataire, âgé de 53 ans, de Jeaulain, une tumeur sanguine, dégénérée, grosse comme un œuf de poule, située au front, au-dessus de l'arcade orbitaire droite. Le mal remontait à dix années. Nous procédâmes par excision, ce qui mit à nu le péricrâne. La plaie guérit par suppuration et la guérison ne s'est jamais démentie.

5. En 1825, nous nous réunîmes, le médecin Debiscop et moi, à Bavay, chez Frim, douanier, âgé de 32 ans, à qui nous fîmes la castration du testicule gauche, atteint de squirrhe caractérisé par un ramollissement à son centre de nature encéphaloïde et lardacée. L'opération ne présenta rien de particulier, sinon une forte hémorrhagie que nous ne pûmes réprimer que par des cautères rougis à blanc. Depuis, nous avons revu cet homme à plusieurs reprises et il nous a assuré que son mal n'avait jamais reparu.

6. Nous retranchâmes, de concert avec le même confrère, deux vastes carcinômes de la langue; l'un, à Fontaine, d'Audregnies; l'autre, à Dauhier, d'Angrau. Ces observations ont été détaillées dans le journal de médecine et de chirurgie pratiques, octobre 1832. Jamais nous ne nous aperçûmes de la moindre récidive chez ces opérés.

7. Finalement, j'amputai, en 1834, avec l'aide du médecin J. B. D...., de Dour, à la femme Dehon, de Wieries, une tumeur fongueuse, grosse comme le poing, en cet endroit de la cuisse gauche ou la crurale passe à travers le troisième adducteur. Ce squirrhe situé sous la peau, déjà désorganisée, avait contracté des adhérences étroites avec la membrane d'enve-

loppe. Cette femme a été guérie complétement de son opération, qui ne laissa, à sa suite, qu'une large cicatrice.

NOTE

SUR UN

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR OBTENIR L'ACIDE BENZOIQUE TRÈS-PUR ET SANS ODEUR EMPIREUMATIQUE;

Par J.-B. JANSSENS, pharmacien, membre correspondant, à Malines.

L'acide benzoïque que l'on obtient par sublimation est odorant, ou pour mieux dire il offre une odeur empyreumatique, qui ne lui appartient pas; quelquefois aussi il est coloré en jaune, ou bien il acquiert cette couleur ou une couleur brunâtre lorsqu'il est conservé pendant quelque temps. Ce changement de couleur paraît dépendre de l'action de l'air atmosphérique sur une substance huileuse qui se mêle à l'acide benzoïque lors de la sublimation.

Le procédé suivant pare à ces inconvénients, il donne un acide sans odeur empyreumatique, d'une blancheur éclatante et inaltérable à l'air.

On commence par délayer une certaine quantité d'*acide benzoïque jaune* dans de l'eau distillée, p. e. une partie de cet acide pour huit parties d'eau; on y ajoute ensuite un excès d'ammoniaque liquide et on traite la dissolution de benzoate d'ammoniaque obtenue, par du charbon animal exempt de chaux.

On filtre et on décompose la solution par l'acide hydrochlorique; l'acide benzoïque se dépose sous la forme d'une masse floconneuse très-blanche. Celle-ci jetée sur un filtre sera lavée à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, puis, après l'avoir laissé égoutter, on la redissoudra dans une quantité suffisante d'alcool. On filtre et par l'addition d'eau distillée on fait précipiter l'acide benzoïque qui est peu soluble dans ce liquide. L'huile essentielle qui communique cette odeur empyreumatique propre à l'acide benzoïque obtenu par sublimation, reste dissoute dans l'alcool étendu. On peut ensuite faire cristalliser ou sublimer l'acide obtenu et on obtiendra un produit semblable au specimen ajouté.

Quoique ce procédé soit un peu long, la beauté du résultat obtenu semble mériter de fixer l'attention des chimistes et des pharmaciens.

Malines, le 15 juillet 1841.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

L'acide benzoïque, connu autrefois sous le nom de fleurs de benjoin, est un des acides végétaux dont les chimistes se sont le plus occupés. Geoffroy, Scheele, Gren, Bucholz, Hatchett, Suersen, Jeromel, Stoltze, Reghini, etc., ont indiqué différents procédés pour la préparation et la purification de cet acide. Quelques variés qu'ils soient, tous ces procédés peuvent être rangés sous trois modes généraux de préparation savoir : 1° *par sublimation*, soit par distillation sèche du benjoin seul, soit en distillant ce baume avec l'acide sulfurique, le sulfate d'alumine et de potasse, le chlorure de sodium, l'alcool, etc ; 2° *par solution*, en faisant cristalliser une solution aqueuse d'acide benzoïque, obtenue ou par ébullition du benjoin dans l'eau, ou par le mélange avec ce liquide d'une teinture alcoolique de ce baume ; 3° *par combinaison*, en traitant le benjoin par la chaux ou un sous-carbonate alcalin, et en décomposant ensuite le benzoate formé, par l'acide sulfurique ou chlorhydrique.

Le procédé proposé par M. Janssens est basé sur la réunion de ces trois modes de préparation. Voici en peu de mots le procédé qu'il indique dans son mémoire :

Après avoir obtenu l'acide par sublimation, le produit fortement odorant qui en résulte est combiné à l'ammoniaque, après avoir décoloré la solution au moyen du charbon animal, on la décompose par l'acide chlor-hydrique, on dissout l'acide dans l'alcool, on étend cette solution par l'eau distillée, et l'acide qui se précipite est cristallisé ou sublimé une seconde fois.

Ce procédé, comme le prouve l'échantillon qui l'accompagne, fournit un produit d'une grande beauté, d'une blancheur éclatante cristallisé en belles aiguilles d'un aspect satiné, et n'exhalant qu'une odeur presqu'imperceptible. Il remplit parfaitement le but que s'est proposé son auteur, celui de débarrasser les fleurs de benjoin de la plus grande partie du principe volatil qui accompagne cet acide obtenu d'après le procédé ordinairement employé pour sa préparation, et quoiqu'il ne donne pas un corps chimiquement pur, du moins la quantité de principe aromatique qu'il renferme est tellement minime qu'on peut la regarder comme inappréciable.

Cependant, messieurs, ce procédé n'est pas également avantageux sous tous les rapports, votre commission lui a trouvé quelques inconvénients, d'abord, celui d'être excessivement long et compliqué, ce défaut est tellement saillant qu'il frappe au premier abord ; l'auteur l'ayant signalé lui-même nous croyons ne pas devoir insister sur ce point. Le second, c'est celui d'être dispendieux. Pour ne parler ici que de la quantité du produit, nous observerons qu'en opérant par sublimation, on ne retire que les deux cinquièmes de l'acide contenu dans le benjoin, comme il a été prouvé par

(1) MM. J. Jaques et N. Verbeeken, *commissaires, rapporteur* Pypers.

les expériences de Stoltze, qui, après avoir essayé comparativement les différents procédés, publia un tableau indiquant la quantité d'acide obtenu par chacun d'eux; on y remarque que sur 1000 parties de benjoin employé, la sublimation ne donne que 76 parties d'acide, tandis que par d'autres procédés on parvient à en retirer jusqu'à 180 parties. Malheureusement ces défauts ne sont rachetés ni par l'impossibilité d'obtenir un produit pareil par d'autres procédés plus expéditifs et plus économiques ni par les vertus thérapeutiques du produit ; en effet, le procédé de Scheele légèrement modifié donne un acide benzoïque aussi pur que celui présenté par M. Janssens; quant à ses vertus médicinales, votre commission pense, messieurs, que c'est en grande partie au principe aromatique volatil qui accompagne les fleurs de benjoin obtenues par sublimation que celles-ci doivent leurs propriétés stimulantes; que par conséquent c'est à la sublimation seule qu'on doit avoir recours pour la préparation de l'acide benzoïque destiné à l'usage médical.

Quoiqu'il en soit, messieurs, votre commission pense que le travail de M. Janssens prouve une connaissance parfaite du corps qui a été le sujet de ses investigations, elle l'engage à continuer ses recherches sur la préparation et la purification des médicaments et elle vous propose de faire insérer cette note dans les Annales de la Société et de décerner à son auteur le titre de membre correspondant.

Anvers, le 30 juillet 1841.

ANALYSE

D'un ouvrage de M. Van Meerbeck, de Malines,

AYANT POUR TITRE :

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LA VIE ET LES OUVRAGES DE REMBERT DODONÆUS ;

Par ZOUDE, (de Tournay), docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements ; membre de la Société de médecine d'Anvers.

Le nom de Dodonæus, son origine belge, la grande impulsion qu'il a donnée à la botanique et à la médecine, enfin les curieux travaux qu'il nous a laissés, tout devait attirer l'attention des médecins sur l'ouvrage que M. Van Meerbeck vient de publier.

Mais il n'en a pas été ainsi; la liste des souscripteurs qui y est annexée, compte à peine quelques médecins de Malines et d'Anvers; voilà pourquoi je viens tenter aujourd'hui une analyse succincte de cette biographie, afin de prouver qu'elle contient réellement beaucoup plus de choses intéressantes qu'on ne l'aurait cru au premier abord.

Cet ouvrage est divisé en 10 parties :

Dans la première, il traite de la biographie de Dodonæus, il y prouve qu'il est né à Malines le 29 juin 1517 ; il passe ensuite en revue ses voyages scientifiques, son séjour à Malines; à Vienne comme médecin de l'empereur; à Cologne; à Anvers où il publia son histoire des plantes ; à Leyde où il professa pendant trois ans la pathologie; il la termine par sa mort qui arriva le 10 mars 1585.

Dans la deuxième partie, il analyse le traité de cosmographie de Dodonæus. Cet ouvrage est des plus curieux, tout en étant bref, Dodonæus a fait un résumé complet, clair et concis de cette science, et a évité tous les écueils contre lesquels avaient heurté les auteurs qui traitèrent ce sujet avant lui.

Dans la troisième partie, il analyse les ouvrages de botanique de Dodonæus; il y détaille l'état de la botanique au XVI[e] siècle; le pas rapide que ce naturaliste lui fit faire, le grand nombre de plantes qu'il découvrit le premier.

La quatrième partie est une revue de la correspondance de Dodonæus sur la botanique; c'est la moins importante de tout l'ouvrage, car elle est presque entièrement consacrée à une polémique qui eut lieu entre cet auteur et Julius Alexandrins, relativement au légume faba (fève).

La cinquième partie est la plus intéressante; elle comprend une analyse des ouvrages de médecine de Dodonæus; il traite d'abord de ses ouvrages de physiologie, dans lesquels il a exposé clairement et laconiquement l'état de cette science à l'époque où il vivait.

Il passe ensuite à son ouvrage posthume ayant pour titre : *Praxis medica*, et qui est un résumé des leçons qu'il a dictées à ses élèves. Cet ouvrage est très-curieux ; on y voit l'état de la médecine au XVI[e] siècle et les doctrines médicales régnant à cette époque, au nombre desquelles s'en trouvent plusieurs que l'on vante aujourd'hui comme neuves.

Le *Praxis medica* de Dodonæus est divisé en deux livres : le premier est consacré aux fièvres, aux maladies épidémiques et contagieuses; c'est avec beaucoup d'intérêt qu'on y lira le diagnostic différentiel, et le traitement des différentes espèces de fièvres, son opinion sur l'altération du sang, à laquelle on revient de nos jours, la distinction entre le typhus et la peste, son traitement dans ces deux maladies, et qui consiste en saignée au début, mais jamais après l'apparition des pétéchies; des ventouses scarifiées sur le dos ou sur le bras, provoquer des hémorrhoïdes. Les purgatifs au début, et encore doivent-ils être des plus doux; quelques lavements émollients; après l'apparition des taches pétéchiales, des sudorifiques légers, comme la thériaque dans une décoction de scordium, de chardon bénit ou de tormentille, avec addition de sirop de limon; ensuite les soins hygiéniques.

Le livre deuxième contient un grand nombre d'excellentes observations de médecine; il y énumère les diverses affections du cuir chevelu, il pose

clairement le diagnostic différentiel des différentes espèces de céphalalgie. Ses descriptions de maladies du cerveau sont des plus curieuses, ce sont les premières qui répandirent du jour sur cette partie importante de la médecine, sur laquelle les médecins qui l'ont précédé, n'avaient exposé que des rêveries: les causes de la paralysie, dit-il, sont internes ou externes; il énumère ensuite ces différentes causes, puis passe au traitement : dans la paralysie par cause externe, différents topiques, pour autant que la maladie soit curable; dans celle par cause interne, survenant à la suite de l'apoplexie ou d'une lésion de la moëlle, après les moyens dirigés contre l'apoplexie, les bains généraux d'eaux sulfureuses ou thermales, des frictions irritantes dans le voisinage de l'organe paralysé. Eh bien ! ce traitement que Dodonæus préconisait, il y a 300 ans, n'est-il pas celui que l'on emploie encore tous les jours.

On y lit avec intérêt une description succincte et claire des symptômes du choléra, qui ne diffèrent en rien de ceux que nous avons observés dans l'épidémie qui a régné il y a quelque temps.

Vient ensuite une infinité d'autres maladies des plus curieuses et qui non-seulement dénotent en Dodonæus un observateur instruit, mais démontrent qu'il est un des fondateurs de l'anatomie pathologique, car bien souvent il fait suivre ses observations de ce qu'il a observé sur le cadavre, lorsque le malade a succombé à la maladie dont il parle.

Enfin, un recueil de cas les plus rares et les plus difficiles, que Dodonæus observa pendant une pratique de 40 années, vient terminer ce chapitre. Que d'observations remarquables on y trouve et entre autres l'histoire d'une phthisie déterminée par des concrétions pierreuses dans le poumon ; celle d'un calcul qui éclata dans la vessie; celle d'un homme qui, après avoir été longtemps dans un état cachectique, fut atteint d'un vomissement purulent, parut ensuite se bien porter, et ne se plaignit au moins d'aucune douleur, jusqu'à ce qu'enfin la gangrène se déclara spontanément au pied et causa la mort du malade; à l'ouverture du cadavre on trouva les viscères du bas-ventre altérés à un point extrême, et presque entièrement détruits par la suppuration. Une description exacte de l'apoplexie pulmonaire, de l'inflammation des muscles du bas-ventre, une autopsie très-remarquable du cadavre d'un jeune officier français, qui souffrit pendant 18 ans d'une gonnorrhée, et qui en mourut; il trouva les reins squirrheux, les uretères dilatés, la vessie raide et dure et les voies urinaires ulcérées dans toute leur étendue. D'excellentes observations sur les anévrysmes de l'artère coronaire stomachique et de l'artère pylorique et une infinité d'autres très-remarquables, qui repandent des lumières sur certaines lésions anatomico-pathologiques et dont la plupart méritent sans doute le nom de rares que Dodonæus leur a données.

La septième partie traite de ses opinions politiques et religieuses, de ses bonnes ou mauvaises qualités; nous ne repèterons rien de tout ce qu'en dit M. Van Meerbeck, car sans cela nous devrions le répéter textuellement.

La huitième partie comprend la liste bibliographique des ouvrages et des lettres de Dodonæus.

La neuvième partie, celle des ouvrages qui donnent des détails sur la vie

et les œuvres de ce médecin et qu'il a consultés pour la rédaction de son travail.

Enfin, la dixième partie est une table alphabétique des noms sous lesquels les botanistes modernes désignent les plantes décrites par Dodonæus.

Telle est la trop courte analyse de cette intéressante biographie. On conçoit que j'ai dû me borner à citer les titres des chapitres de cet ouvrage, une analyse complète serait presque aussi étendue que ce livre lui-même.

J'en recommande la lecture à mes confrères, non-seulement elle leur remémorera ce que l'expérience a démontré et qu'aucun homme de l'art ne peut ignorer; c'est que les vieilles Archives de l'art renferment des richesses indispensables, et que tel qui refuserait de promener des regards attentifs en arrière, devrait désormais abandonner l'étude de la médecine, elle serait stérile pour lui, il serait inutile et dangereux pour elle; mais encore elle lui apprendra la seule route capable de conduire à des découvertes précieuses et qui a été si bien tracée par l'ancienne médecine, cette voie est la stricte observation des malades et la considération de toutes les choses dont l'influence peut modifier les maladies.

Si l'art de guérir avait toujours marché dans cette voie si sûre et si naturelle, de quelles découvertes ne serait-il pas enrichi! mais elle est trop longue au gré de l'imagination impatiente de la plupart des hommes; on s'est lancé loin d'elle, dans la région des hypothèses, et il a fallu, à diverses époques, toute l'autorité de quelques génies du premier ordre pour y ramener les esprits.

Cette succincte analyse suffira, je l'espère, pour engager les médecins à se procurer le livre de M. Van Meerbeck, qui se recommande par le style dans lequel il l'a écrit, le bon ordre avec lequel il a énuméré tout ce qui a trait à Dodonæus, la précision avec laquelle il a analysé les ouvrages de ce médecin, et enfin par les documents utiles qu'on y trouve à chaque ligne.

Félicitons ce jeune médecin, d'avoir eu la bonne idée de rappeler au souvenir des médecins belges, un de leurs anciens concitoyens, qui a tant fait pour la science; souhaitons-lui d'avoir encore le courage de nous donner quelques biographies de ce genre, et prédisons-lui d'avance que l'approbation et la reconnaissance des vrais amis de la science ne lui manqueront pas.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

EXAMEN
DES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES
POUR LA
CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE RÉDUCTIBLE.

THÈSE SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE LOUVAIN, LE 31 JUILLET 1841 ;

Par EMANUEL-ACHILLE-NICOLAS DETHIER, de Quiévrain.

> Une opération un peu grave ne doit être entreprise que quand la lésion qui la réclame est incompatible avec la vie.
>
> VIDAL (*de Cassis*). *Path. chirurg.*

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES.

Les hernies se rangent parmi les maladies chirurgicales les plus importantes. Leur fréquence, les incommodités continuelles qui les accompagnent, les accidents formidables et sans cesse imminents auxquels elles exposent, les opérations graves qu'elles nécessitent si souvent, sont autant de causes qui ont fixé sur elle de tout temps l'attention des médecins. Il n'est donc pas étonnant qu'ils aient mis tant de persévérance dans la recherche d'un moyen qui pût, en procurant la cure radicale des hernies, prévenir tant de maux. Aussi, n'est-il peut-être pas de point, dans la science chirurgicale, qui ait été l'objet de plus de travaux et qui ait plus exercé l'esprit inventif des chirurgiens que celui qui nous occupe. Malheureusement, les nombreux procédés opératoires que la science possède sur ce sujet, ceux que tous les jours on ajoute à cette liste déjà trop nombreuse, témoignent assez de leur insuffisance.

Déjà, à une époque éloignée de nous, des médecins avaient tenté la cure radicale des hernies par une foule de moyens. Moins hardis que nos chirurgiens modernes, et en cela plus prudents, ils s'étaient bornés dans leurs recherches à l'emploi de quelques moyens, innocents il est vrai, mais qui

avaient tous le tort d'être insuffisants. Tels sont : l'esprit de sel du Prieur de la Cabrières, remède dont il fit un secret pendant sa vie et qu'à sa mort il légua à Louis XIV; l'emplâtre *contrà rupturam* de Guy de Chauliac; celui de Melle Devaux; le cérat de brique de Fabrice de Hilden; le sachet au vinaigre; le bois de Santal; la tormentille, etc. Il faut remonter au temps d'Ambroise Paré pour trouver les premières tentatives d'une opération grave pratiquée en vue d'obtenir une cure permanente des hernies; je veux parler des caustiques qui reçurent la sanction de plusieurs médecins célèbres, tels que Roger, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, etc. Voici comment s'exprime ce dernier à ce sujet: Nicolas Godin, en sa Chirurgie militaire, ordonne pour la curation des hargnes, à ceux qui sont en âge d'adolescence et viril, l'application du cautère actuel, après avoir dextrement coupé la chair jusques à l'os, afin de faire perdition de substance, et la cicatrice faite, il ne se peut plus faire descente, n'y de l'omentum, n'y de l'intestin, ce que véritablement j'approuve si les patients le veulent souffrir (1)

Les chirurgiens de cette époque et ceux qui vinrent après eux avaient aussi, comme de nos jours, leurs méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies : telles sont la castration, l'excision du sac herniaire, la suture royale, le point doré, le refoulement du testicule dans l'anneau inguinal, le pelotonnement du sac, les scarifications et la cautérisation de l'intérieur du sac herniaire, Depuis nombre d'années toutes ces opérations sont condamnées et rejetées; non comme entièrement inefficaces, car, comme celles qu'on pratique aujourd'hui, elles ont compté aussi leurs succès, mais à causes des dangers qu'elles entraînent. Ainsi, la castration a bien pu être suivie de quelques succès, mais, par combien d'accidents n'ont-ils pas été payés, et d'ailleurs, aujourd'hui, qui voudrait acheter la guérison d'une hernie à ce prix? La cautérisation avec les caustiques potentiels ou avec le cautère actuel des enveloppes herniaires et de l'anneau qui livre passage aux hernies, constituait une méthode qui, aussi peu sûre que dangereuse, a souvent entraîné la perte du testicule et même occasionné la mort; mais comme la précédente elle a aussi compté ses succès. La ligature et la suture du sac herniaire, quel que soit le procédé mis en usage pour les pratiquer, comptent à peine quelques guérisons : notre siècle en a complétement fait justice, tant à cause de l'incertitude de leurs résultats que des dangers auxquels elles exposent. L'incision, comme pour l'opération de la hernie étranglée, avait trouvé un certain nombre de partisans, quand J. L. Petit, voulant l'essayer, acquit la triste preuve qu'elle occasionne quelquefois la mort, et que d'ailleurs, elle est loin d'empêcher toujours la hernie de se reproduire. En associant à cette incision la dissection et l'excision du sac, les chirurgiens créèrent une opération qui n'était ni moins dangereuse ni plus sûre. On avait plus de chances de succès en fixant dans le canal inguinal sous forme de bouchon, soit le sac préalablement disséqué, soit une portion d'épiploon, soit le testicule lui-même : mais, outre que la dissection du sac est très-délicate, longue, douloureuse et non dépourvue de danger; outre que le testiculé relevé dans l'anneau ne s'y fixe pas aisément et qu'il y devient le siége de douleurs assez intenses, les malades qui ont subi cette

(1) Amb. Paré, pag. 201, 11e édition.

opération sont encore loin de pouvoir compter sur une guérison radicale. Enfin, les scarifications, la cautérisation de l'intérieur du sac, constituent des méthodes dangereuses et difficiles, offrant peu de chances de succès, et qui, n'ayant pas plus mérité la sanction des médecins que les méthodes précédentes, ont, comme celles-ci, été complétement rejetées de la pratique.

La science en était-là, quand, il y a dix ans, malgré l'anathème porté par l'Académie royale de chirurgie de France, où Bordenave avait exposé les dangers des caustiques pour la cure radicale des hernies, un chirurgien distingué de Paris, M. Belmas, imagina une nouvelle méthode pour oblitérer le sac herniaire au moyen d'une inflammation adhésive et sans laisser de plaie à la peau. Cette méthode en fit naître d'autres, et le nombre en est si grand aujourd'hui que, si l'on était étranger à l'art, on pourrait s'énorgueillir de la puissance de ces résultats.

Pour exposer ces différentes méthodes avec ordre et aussi dogmatiquement que le sujet le comporte, nous les diviserons en plusieurs séries qui comprendront :

1° Les procédés au moyen desquels on introduit dans le sac herniaire des corps étrangers à l'effet d'y provoquer une inflammation adhésive, tels que des filaments gélatineux, du vin, une solution iodée et un bourdonnet de charpie ;

2° Les procédés nouveaux par sutures, par acupuncture et scarifications;

3° Les procédés par invagination de la peau du scrotum dans le canal inguinal ;

4° La cure radicale après l'opération de la hernie étranglée ;

5° La compression et la position horizontale.

Nous terminerons enfin, après avoir signalé les nombreuses entraves que les hernies apportent dans l'état militaire, par adresser des vœux pour que le gouvernement, dans l'intérêt bien entendu du soldat lui-même, du service et de l'armée en général, établisse l'existence de la hernie, comme un cas d'exemption et de réforme du service militaire.

CHAPITRE II.

DES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES.

§ I.

Des procédés dans lesquels on introduit dans le sac herniaire des corps étrangers pour y provoquer une inflammation adhésive.

A. *Procédé de* M. Belmas. — En insufflant des corps étrangers absorbables dans le sac herniaire, M. Belmas cherche à établir une inflammation adhésive qui ait pour conséquence l'union réciproque des feuillets séreux qui forment le sac herniaire, mode d'inflammation, seul capable, dit-il,

de conduire à des résultats satisfaisants dans le traitement des hernies. Pour y parvenir, il s'y prend de la manière suivante :

Les parties étant réduites et retenues par un aide, il traverse de part en part les enveloppes de la hernie au moyen d'une canule courbe armée d'une pointe à l'une de ses extrémités ; l'instrument plongé de dehors en dedans, vers la partie la plus éloignée du pédicule de la tumeur, traverse ses enveloppes et pénètre dans la cavité du sac ; la pointe est alors conduite le plus près possible du col de cette poche, et par conséquent de l'ouverture aponévrotique, et traverse de nouveau toutes ces parties pour sortir à travers les téguments dans le lieu correspondant. A l'autre extrémité de cette canule, est fixée une poche en baudruche très-fine et vide ; la canule, tirée de dedans en dehors, fait pénétrer cette poche dans la cavité du sac, en l'entraînant comme une aiguille entraîne le fil passé dans son chas ; et bientôt la partie de cette poche sur laquelle est vissée la canule, vient sortir par la seconde plaie, tandis que le corps de la poche reste fixé dans la cavité du sac près de l'orifice de son col. La canule sert alors à remplir d'air le sac en baudruche, qui se trouve ainsi transformé en une sorte de petit ballon ; puis, il exerce une pression modérée, afin d'appliquer exactement le sac contre le corps étranger ; le jour suivant, il laisse échapper l'air de la vésicule, et, par de légères tractions, il attire au-dehors le petit collet métallique, de manière que la substance animale reste seule dans le sac.

Des expériences nombreuses faites par M. Belmas sur des animaux vivants lui ont appris que ces corps abandonnés dans les cavités séreuses, ne tardent pas à s'y fixer, à déterminer la sécrétion d'une espèce de lymphe qui traverse leurs parois, s'épanche dans leur cavité en se combinant avec leur tissu, et s'organise de manière à se transformer en un noyau solide. C'est en partant de ces faits que cet ingénieux chirurgien a cru pouvoir les appliquer à la cure radicale des hernies.

Quatre observations sont consignées dans le mémoire de M. Belmas. Voici les résultats divers de chacune d'elles : Dans la première, gonflement régulier de la poche herniaire par une matière albumineuse, résorption prompte du liquide exhalé, retour du sac sur lui-même, persistance d'un noyau d'induration au niveau de l'anneau ; guérison du malade. — Le sujet de la seconde observation qui se trouvait atteint d'une hernie congéniale a éprouvé des accidents inflammatoires graves. La poche membraneuse et un long fil de soie furent entraînés dans le ventre par le retrait imprévu du testicule dans l'anneau, où il resta fixé ; le malade faillit succomber ; la guérison se fit longtemps attendre, mais à la fin elle eut lieu. —Le sujet de la troisième observation était une femme, atteinte d'une hernie ombilicale ; l'indocilité de la malade ayant obligé le chirurgien à retirer la baudruche après quelques heures de séjour seulement, le sac se tuméfia légèrement, puis, en revenant sur lui-même il forma au niveau de l'ombilic, une espèce de petit bouchon, qui s'est efficacement opposé au retour de la hernie. Il est évident que la guérison a été due, dans ce cas, à l'inflammation du sac qui a été manifeste, et qui aurait pu être provoquée par tout autre moyen, et non au travail d'organisation d'une lymphe épanchée, ainsi que se le proposait M. Belmas. — Le sujet de la quatrième observation était un vieillard affecté de deux hernies ; lorsque tout semblait marcher d'une manière régulière, il

se développa un érysipèle phlegmoneux, les téguments tombèrent en gangrène et le malade succomba.

Ces faits, tout en convaincant M. Belmas de la possibilité d'obtenir l'oblitération du col du sac herniaire par la présence de substances étrangères, lui démontrèrent que la quantité de matière animale était beaucoup trop considérable relativement à la vitalité de la séreuse, c'est-à-dire, qu'il n'y avait pas de rapport convenable entre la substance à absorber et les forces absorbantes, et que, l'insufflation des vésicules était une complication inutile à l'opération. C'est pour éviter ces inconvénients et en même temps pour simplifier son procédé qu'il le modifia de la manière suivante :

Il remplace les vésicules par de simples petites bandelettes linéamenteuses de peau de baudruche, étendues sur des filaments de gélatine desséchée. Pour l'introduction dans le sac de ces substances, il inventa un stylet trocart, formé de deux petites canules maintenues bout à bout par un mandrin d'acier, auquel se visse une pointe triangulaire; les extrémités correspondantes des canules sont munies de petites saillies métalliques que l'on peut à volonté faire paraître et disparaître. Maintenant supposons que la poche herniaire soit traversée, au niveau de l'anneau, par le petit stylet trocart, le développement des éperons de chaque canule s'opère dans la cavité du sac; il suffira, pour écarter ses parois, de dévisser la pointe, d'enlever le mandrin et de tirer en sens opposé les deux canules; isolées l'une et l'autre, elles deviendront, selon leur degré d'inclinaison, de petits conducteurs, permettant de porter dans le sac, suivant différentes directions, des filaments gélatino-membraneux. Une fois leur introduction terminée, on n'aura plus besoin, pour retirer les canules, que de faire disparaître les arrêts métalliques qui les retiennent.

Sur dix opérations pratiquées par ce nouveau procédé, cinq guérisons ont été obtenues : dans trois cas il y a eu récidive incomplète; enfin sur deux individus le retour de la maladie ne s'est pas longtemps fait attendre.

Comme aucune de ces tentatives, dit M. Belmas, n'a été suivie du plus léger accident, il reste à espérer que plus d'habitude dans la pratique de l'opération, une compression plus régulière exercée sur l'anneau à l'aide de nouveaux moyens compresseurs, conduiront à des résultats plus satisfaisants.

Il est vraiment à regretter qu'un procédé si ingénieux et pour lequel l'auteur s'est livré à des expériences nombreuses sur les animaux vivants, n'ait pas eu plus de succès. La difficulté d'introduire dans la cavité du sac herniaire les filaments gélatineux et de déterminer au juste le degré d'inflammation nécessaire à l'occlusion du sac, sans craindre de voir l'inflammation s'étendre au péritoine, sera cause qu'on le mettra rarement en pratique. Cependant, avant de se prononcer, il faut attendre de nouvelles expériences, pour l'apprécier à sa juste valeur.

B. *Procédés de* DESAULT, VELPEAU. « *Injection de liquides dans le sac herniaire.* »

L'idée première de pratiquer des injections irritantes dans la cavité du sac herniaire, dans le but d'obtenir l'adhésion réciproque de ses parois appartient à Desault, qui, dans un cas de hernie congéniale pratiqua, mais sans succès, des injections de vin dans la tunique vaginale.

En 1837, M. Velpeau suivit le même procédé, mais substitua au vin, dont s'était servi Desault, la teinture d'iode étendue. L'auteur, dans ses Nouveaux Éléments de médecine opératoire, décrit ainsi son procédé : « Tourmenté comme tous les praticiens du besoin de guérir radicalement la hernie inguinale, d'ailleurs convaincu depuis longtemps, ainsi que je l'ai dit ailleurs, qu'on avait eu tort d'abandonner sans distinction tous les essais qui tendaient à ce but, j'ai cherché aussi à l'atteindre par une méthode particulière. Le procédé que j'ai imaginé est le même que celui que l'on emploie pour la cure radicale de l'hydrocèle. Je m'y suis décidé après avoir acquis la preuve que les injections irritantes de la tunique vaginale sont infiniment moins dangereuses qu'on ne le croit généralement, quand elles arrivent dans le péritoine. Les injections, tentées autrefois, et encore de nos jours, pour guérir radicalement l'ascite, m'avaient déjà enhardi; du vin ayant pénétré dans le ventre par une hydrocèle congénitale, sans qu'il en fût résulté d'accidents sérieux, m'avait ensuite montré que le traitement de l'hydrocèle des enfants ne doit pas être beaucoup plus dangereux que celui de l'hydrocèle des adultes. Passant de ces présomptions à la pratique réglée, je n'ai point hésité à injecter les liquides irritants dans l'hydrocèle congénitale; et j'ai bientôt acquis la conviction qu'avec la précaution de comprimer le canal inguinal pendant l'opération, il n'y avait aucun danger à se comporter ainsi. De là à l'idée de la cure radicale des hernies inguinales il n'y avait pas loin. J'avais d'ailleurs remarqué qu'une hernie, existant avec une hydrocèle congénitale, ne s'était point reproduite après l'opération de cette dernière; je conçus donc le projet de tenter ainsi la cure radicale de la hernie au commencement de 1835, surtout quand il me fut démontré par de nombreux exemples, que la teinture d'iode avait de véritables avantages sur le vin, quand il s'agit d'amener l'inflammation adhésive des membranes séreuses. J'attendais depuis plusieurs mois déjà l'occasion de mettre à l'épreuve cette nouvelle méthode, lorsque je m'y trouvai en quelque sorte forcé, au mois de juillet 1837. Alors, en effet, j'eus en même temps à l'hôpital de la Pitié deux hommes qui furent pris d'une hydrocèle aiguë du sac, peu de jours après la rentrée dans le ventre de l'intestin contenu dans une hernie entéro-épiplocèle. Je fis la ponction du kyste, j'en tirai huit onces de sérosité dans un cas, et six onces dans l'autre; j'injectai à la place un mélange de six gros de teinture d'iode et de trois onces d'eau; nul accident n'est survenu, le sac s'est oblitéré, et la dernière fois que j'ai revu les malades, trois mois après l'opération, il n'y avait encore aucune apparence de récidive.

Me croyant autorisé par ces essais à attaquer directement la hernie inguinale réductible, j'ai soumis un malade à l'injection iodée au commencement de juillet 1837. J'ai fait une incision d'environ un pouce aux tuniques du scrotum jusqu'à la surface externe du sac. Celui-ci étant ouvert par la pointe du bistouri, j'y ai introduit la canule du trois-quarts conduite sur un stylet boutonné. Fixant ensuite l'ouverture du sac sur la canule avec des pinces, j'ai chargé un aide d'injecter le mélange précédemment indiqué, pendant qu'une autre personne, comprimant le canal inguinal, mettait la teinture d'iode dans l'impossibilité de pénétrer jusque dans le péritoine. Après avoir promené l'injection sur tous les points du sac, je l'ai laissée

ressortir par la canule qui, étant retirée elle-même, m'a permis de réunir la plaie à l'aide de trois points de suture entortillée.

Voici les renseignements donnés sur les opérations de M. Velpeau, par M. Demeaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine, interne de la Charité de Paris (1).

Premier fait.—Le sujet de cette observation est un homme d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique. L'opération a été pratiquée d'après la méthode indiquée ci-dessus. Aucun accident sérieux ne se manifesta du 20 au 25e jour; tout était terminé du côté de l'opération, lorsque le malade fut pris subitement d'une affection rhumatismale presque générale, compliquée de péricardite. Malgré un traitement assez énergique, une hydropisie générale est survenue, et cinq à six mois environ après l'opération, le malade a succombé aux suites de cette affection. L'autopsie a démontré que l'opération pratiquée sur la hernie avait été incomplète, l'injection n'ayant pas pénétré, suivant toutes les probabilités, dans le sac herniaire : ainsi on n'a trouvé aucune adhérence, aucune fausse membrane sur la surface séreuse du sac.

Deuxième fait. — L'opération est pratiquée comme précédemment; le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 50 à 60 ans, paraît doué d'une forte constitution, mais sans embonpoint; il portait une hernie inguinale droite, datant de vingt-cinq ans environ, qui ne pouvait être maintenue réduite que difficilement, quoique peu volumineuse, par les bandages les mieux confectionnés. Des abcès nombreux se sont manifestés sur le scrotum et jusqu'au niveau du canal inguinal, un état général assez grave a donné, pendant quelques jours, des inquiétudes au chirurgien; mais après un traitement approprié, tous les accidents se sont dissipés, et le malade a pu sortir de l'hôpital après un séjour de deux mois. Les accidents résultant de l'opération ayant complétement disparu, il a été facile de constater que celle-ci avait été inefficace; car la hernie se reproduisait au moindre effort et paraissait avoir le même volume. Suivant toute probabilité, encore cette fois, l'injection iodée avait été faite hors du sac herniaire.

Quand on opère une hydrocèle, dit M. le docteur Thierry, la tension des enveloppes et la sortie du liquide, assurent la présence de la canule du trois-quarts dans la cavité de la tunique vaginale; mais quand les parois d'une cavité séreuse sont accolées il n'en est plus ainsi; il est difficile de s'assurer si la canule est dans la cavité du sac. Cette disposition explique ce que l'autopsie du premier malade rend probable. Est-il facile de comprimer exactement le trajet par lequel les hernies s'opèrent, et d'empêcher un liquide injecté de s'épancher dans le péritoine? Ceux qui ont souvent poussé des injections répondent que c'est quelquefois impossible. Enfin la preuve que cette méthode a échoué entre les mains de M. Velpeau, c'est qu'il l'a abandonnée pour en revenir à une méthode ancienne, les scarifications du sac herniaire.

C. *Procédé de Græfe* (2). « Puisque des méthodes jusqu'ici indiquées,

(1) Thèse de M. Alex. Thierry.
(2) Par Raw, son élève. Berlin. Thèse 1815.

il ne s'en trouve aucune qui, pour obtenir une cure radicale, se soit occupée de fermer tant l'anneau abdominal que l'enveloppe de la hernie, je me suis arrêté à celle que m'a enseignée mon illustre maître. Depuis plus de deux ans je l'ai vu employer avec un succès constant sur plusieurs malades atteints de hernies. Moi-même, dans l'institut clinique chirurgical dirigé par l'illustre Græfe, je l'ai appliquée avec tout le succès désirable. » Ce procédé pour guérir les hernies inguinales encore réductibles est le suivant :

On couche le malade sur le dos ; on replace, s'il est possible, les parties qui se sont affaissées ; on pratique sur la peau une incision d'un demi-pouce de largeur au-dessus de l'anneau abdominal et à un pouce entier au-dessous. Cette incision du reste avait déjà été tentée autrefois, et l'on en a la preuve évidente dans les ouvrages de Celse, de Paul d'Egine, d'Albucasis, de Guy de Chauliac, de Roland et de Fabrice d'Aquapendente. Quand au reste de l'opération, faite de manière à la rendre propre à fermer complétement l'anneau abdominal et l'enveloppe de la hernie, c'est ce qu'aucun praticien, que je sache, n'a indiqué. »

« On met ensuite à nu l'enveloppe de la hernie, après avoir enlevé le tissu cellulaire ; on soulève cette enveloppe au moyen d'une pince, et on la retranche avec le scalpel. Cela fait, on prend un bourdonnet qu'on frotte d'onguent simple ou de tout autre, et on l'introduit dans le sac de la hernie jusqu'à ce que non-seulement il touche de toutes parts les bords de l'anneau, mais encore qu'il ressorte en arrière de lui. Ce bourdonnet, et c'est un point que je signale comme important, doit toujours s'adapter de la manière la plus exacte à la circonférence de l'anneau abdominal, de manière à ce que celui-ci ne s'étende pas démesurément, et que les parties réduites ne ressortent pas de nouveau. Au bourdonnet on attache un fil assez long, à l'aide duquel on puisse tôt ou tard le retirer, et ce fil est collé sur l'extérieur de la peau au moyen d'un emplâtre. Le lendemain, on retire avec précaution le bourdonnet. Celui-ci oppose-t-il de la résistance à l'action du fil qui l'attire? C'est-la preuve d'une inflammation déjà déclarée ; et l'opérateur devra, jusqu'à ce que cette inflammation ait complétement disparu, s'abstenir de tout traitement. Du reste, au bout de trois ou quatre jours ordinairement, le bourdonnet introduit dans l'abdomen, se détache de la blessure, et il faut sans délai le retirer. Une fois ce retrait opéré sans empêchement, le point capital est qu'au moyen d'un autre bourdonnet introduit de nouveau, on fasse arriver à suppuration, dans toute son étendue, la surface interne du sac qui embrasse la hernie. Pour provoquer cette suppuration, il sera bon de graisser les bouts des nouveaux fils à introduire dans la plaie, avec de l'onguent simple, et le milieu, selon que l'état du malade semblera exiger un plus ou moins grand degré d'excitation locale, avec un médicament digestif (par exemple l'onguent d'elemi et ensuite l'oxide rouge de mercure). Dans le cours de ce traitement, on est presque toujours certain de voir au bout de quelques jours un pus de qualité louable, et l'on aperçoit des granulations qui se forment dans l'intérieur de l'anneau abdominal. A mesure que ces granulations augmentent, il faut, pour garnir la plaie, des tampons de plus en plus petits. On reconnaît qu'ils ont le volume qui convient, si pour les introduire on éprouve un peu de difficulté, sans

que cette difficulté ait besoin d'être surmontée par la violence. Quand les granulations sont enfin complétement formées, il n'est pas nécessaire d'employer plus longtemps l'introduction des fils, et la plaie se cicatrise. C'est ce que j'ai vu arriver chez plusieurs malades dans l'espace d'un mois. »

Malgré les quatre cas de succès rapportés par l'auteur de cette thèse, malgré toute l'autorité du nom de Græfe, cette opération nous paraît environnée de tant de dangers, que nous ne comprenons pas comment on ait jamais osé la tenter.

§ II.

Des procédés dans lesquels on cherche à provoquer l'inflammation adhésive des parois du sac herniaire, au moyen de la suture, de l'acupuncture et de la scarification.

Les premières observations publiées sur l'emploi de ces procédés auraient pu faire croire que les sutures avaient été injustement abandonnées; malheureusement des expériences répétées leur ont été peu favorables, et les chirurgiens qui se sont efforcés de le tirer de l'oubli, avouent eux-mêmes, avec bonne foi, que les tentatives auxquelles ils se sont livrés sont loin d'avoir été constamment satisfaisantes. Cependant comme il se pourrait qu'on pût dans certains cas en tirer quelque utilité, nous décrirons ces procédés et nous ferons connaître un procédé ancien qui se rapproche beaucoup des nouveaux. Il se trouve inséré à la page CIII de l'introduction des œuvres d'Ambroise Paré, par M. Malgaigne, et sa description a été conservée par Alexandre Benedetti, médecin à Venise en 1539, lequel en rend compte sous ce titre :

Nouveau genre de traitement pour les entérocèles et les épiplocèles, publié par nous pour la première fois.

« Il y a une autre sorte de traitement sans opération; et si du moins il semble requérir l'emploi de la main, le tout se borne à une simple ponction. Le corps doit d'abord être allégé par la saignée et la purgation, ou au besoin par la diète. Il est essentiel de boire de l'eau pendant trois jours, ou de s'abstenir la veille de toute nourriture. Cependant on se munit d'une forte aiguille enfilée d'un fil de soie écrue très-fort de la longueur d'un pied, et d'une petite plaque d'ivoire ou de corne de cette figure ⵗ, d'un pouce de largeur; il faut en outre préparer des cataplasmes et des onguents. Le matin on met le malade en supination, les intestins réduits, on commence par raser le lieu ; on tend le scrotum, et en même temps la peau de l'aine; alors le médecin contenant étroitement de la main gauche la tunique dont on a repoussé l'intestin afin d'empêcher celui-ci de descendre, de la main droite cherche la veine séminale près du testicule. Il faut saisir ensemble toute la peau et toute la tunique (le sac herniaire) en laissant cette veine en arrière; enfoncer hardiment au-devant d'elle l'aiguille trempée dans l'huile,

et la retirer en laissant le fil dans le trajet. Un aide saisit ce fil, applique la plaque d'ivoire sur la peau nue entre les deux extrémités du fil, et serre celui-ci par dessus la plaque à l'aide d'un nœud solide, sans autre lésion du scrotum, et les deux testicules demeurent en dehors du nœud. Alors, une fois ou deux par jour, on tord la plaque retenue dans l'anse du fil; celui-ci étreignant peu à peu plus étroitement la peau et la tunique, les ronge, agrandit le trou du côté du testicule, non sans suppuration; et l'ouverture supérieure étant également agrandie et resserrée par l'emploi du médicament, jusqu'à ce que les deux plaies finissent par n'en former plus qu'une; en effet, le fil serré de plus en plus arrive, vers le dixième ou le quinzième jour, à diviser complétement toutes les parties qu'il avait embrassées; alors il faut chercher à obtenir la cicatrice et à la consolider, et prendre garde plus que jamais que la partie récemment forcée ne se relâche, et que l'intestin ne s'y précipite.

De cette manière, nous ne craignons ni l'hémorrhagie ni aucune inflammation. Mais aussitôt après la ponction, nous appliquons en guise de cataplasmes *vinum cum rosaceo;* puis après *lenticulam cum melle vel vino mixto in quo malicorium incoctum sit;* enfin, l'inflammation apaisée, la farine de froment mêlée à la térébenthine; nous détergeons la plaie peu à peu, et à l'aide du cérat nous la conduisons à cicatrisation. Le régime doit être le même que pour les plaies ordinaires. Ainsi toute la partie comprise dans l'anse du fil est coupée, et ensuite guérie; et la cicatrice qui s'ensuit fermant, selon notre intention; le trou du péritoine, ferme l'issue à l'intestin ou à l'omentum qui voudrait descendre. »

« J'ai vu plusieurs malades guéris de cette manière par un espagnol, qui promettait à la fois un traitement peu pénible, puisqu'il ne s'agissait que d'une simple ponction, et en même temps une cure solide, et qui attirait à lui beaucoup de monde, tout en se faisant payer fort cher. »

Quoique très-ancien, ce procédé opératoire est d'une grande simplicité et ressemble beaucoup à celui de M. Bonnet, de Lyon, que nous allons décrire; mais il a comme lui l'inconvénient de ne pas agir sur le collet du sac herniaire, et je ne pense pas que l'un ni l'autre puisse procurer une cure véritablement radicale. Cependant il pourrait être employé avec succès comme moyen palliatif dans les hernies volumineuses et difficiles à maintenir.

A. — *Procédé de* M. Bonnet, *de Lyon.* — Il consiste à enfoncer des épingles, près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires, à les disposer de manière à ce qu'elles maintiennent en contact les parois du sac, à les laisser en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive se soit développée, et qu'un épanchement de lymphe plastique se soit opéré pour unir entre elles, au moyen de pseudo-membranes, les parois du sac herniaire et en oblitérer ainsi la cavité.

Voici d'ailleurs la description de son procédé auquel il a fait subir plus tard quelques modifications :

Quatre épingles ordinaires, longue d'un pouce et demi; un nombre double de morceaux de liége, ayant la forme et le volume de l'extrémité du petit doigt; une pince à chapelet et une tenaille, constituent tout l'appareil.

Avant de se servir des épingles, il fait traverser à chacune d'elles le milieu de l'un des morceaux de liége, la convexité tournée vers la pointe; et il

pousse le liége jusqu'à la tête de l'épingle pour en augmenter le volume. La hernie réduite, il saisit la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau et place le cordon sur son côté externe, dans un cercle formé par le pouce et l'indicateur gauches. Les extrémités des doigts fortement rapprochées, il plonge une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie et près du ligament suspenseur de la verge; et, l'enfonçant jusqu'à ce que la tête appuie sur la peau et que la pointe fasse saillie en avant, il passe en outre celle-ci dans un morceau de liége qu'il pousse assez avant pour que les parties situées entre ce morceau de liége et la tête de l'épingle soient légèrement comprimées. Il termine en fixant celle-ci par la disposition circulaire donnée à sa pointe avec une pince à chapelet. La première épingle ainsi placée, il porte le cordon entre les extrémités du pouce et du doigt indicateur gauches rapprochés autant que possible l'un de l'autre. Il plonge, en suivant l'extrémité de ce doigt, une deuxième épingle parallèlement à la première, située de six à sept lignes plus en dehors, et fixée ensuite avec les mêmes précautions.

Dans les hernies peu volumineuses et peu anciennes, le cordon tout entier se trouve placé entre la première et la deuxième épingle, mais dans les cas où la pression longtemps prolongée des viscères herniés en a isolé les diverses parties, quelques-uns des nerfs et des vaisseaux qui le composent ne sont point compris dans l'intervalle des deux épingles. Il les place alors entre la deuxième et la troisième qui, dans tous les cas, lui paraît nécessaire, et qu'il fiche de six à sept lignes en dehors de celle qui la précédait. Dans les opérations dont il parle, une seule fois il se contenta de trois épingles; deux autres fois il en mit quatre. Les choses ainsi disposées, la peau de la racine des bourses fortement pressée en haut et en bas par les boules de liége, fait une saillie à convexité antérieure, dirigée parallèlement au pli de l'aine, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors. Il ne fait aucun pansement et se contente de placer de la charpie derrière les bourses, afin de les tenir un peu relevées. Du sixième au douzième jour, il retire les épingles, attendant pour le faire que l'inflammation soit assez vive et que les têtes postérieures aient commencé à ulcérer la peau; il faut préalablement couper une de leurs extrémités avec des tenailles incisives. Tous les corps étrangers enlevés, il panse avec des cataplasmes d'abord, avec des compresses trempées dans du vin aromatique un peu plus tard. Le pli formé par la pression des têtes d'épingles ne tarde pas à s'effacer, et aussitôt que la sensibilité des parties peut le lui permettre, il fait porter un bandage compressif.

M. Bonnet, ayant reconnu l'insuffisance de ce premier procédé et la nécessité de lui faire subir quelques modifications, conseille :

1° de commencer par l'épingle qui doit traverser la partie moyenne du sac, et de placer ensuite les autres en dehors et en dedans, en ayant soin de maintenir étendues les parties que l'on veut traverser.

2° De placer ces épingles sur deux rangées, quatre à cinq à la première, aussi près que possible de l'anneau; trois à quatre à la seconde immédiatement au-dessous.

3° D'attacher un fil à chaque morceau de liége, afin de le retirer aisément s'il se perd dans les chairs enflammées.

Dans les hernies très-grosses, M. Bonnet a remarqué que le sac offre des phénomènes semblables à ceux qui suivent l'injection du vin dans la tunique vaginale; il se tuméfie par un liquide accumulé en assez grande quantité pour le distendre presque autant que les viscères herniés. Il survient quelques phénomènes fébriles et la sérosité finit par être graduellement absorbée; le sac revient peu à peu à un petit volume, se convertit en un noyau dur comme celui qui résulterait de sa rétraction et de l'adhérence de ses parois par une fausse membrane organisable.

Les résultats des opérations pratiquées par l'auteur de ce procédé sont quatre cas de guérison obtenus sur des adultes et un enfant, et cinq cas d'insuccès dont quatre ont trait à des adultes et le cinquième à un vieillard; dans ces derniers se trouvent deux morts à la suite de cette opération.

Le premier décès est relatif à un homme de 35 ans, portant une hernie inguinale gauche, descendant deux pouces au-dessous de l'anneau; le canal inguinal avait conservé son obliquité. On était arrivé au 22e jour de l'opération, tout marchait à volonté, le malade avait repris de l'appétit et n'éprouvait aucun symptôme inquiétant, lorsque tout à coup il ressent un frisson, qui, après s'être prolongé pendant deux heures, est suivi d'une fièvre violente et de sueurs copieuses. Le ventre n'est point douloureux, le sac ne présente aucune trace d'inflammation, il n'y a aucune matité dans l'abdomen.

Le lendemain, le frisson et la fièvre se reproduisent, le hoquet vient s'y joindre ainsi que la difficulté d'uriner; la langue est sèche; la face contractée, légèrement jaunâtre; toutefois point de symptômes locaux de péritonite. Le troisième jour, nouvel accès de fièvre. Le quatrième, des vomissements verts viennent se joindre aux hoquets; la respiration ne se fait que par la poitrine. Dans l'inspiration le ventre reste immobile. Le 6e jour une douleur atroce se fait sentir dans le genou gauche; le malade se plaint aussi de souffrir dans la région du foie. Le 8e, le genou est rempli de liquide, le coma commence, le ventre se ballonne; et le 9e jour le malade meurt après une agonie qui s'est prolongée pendant plus de deux heures.

A l'autopsie, on examina le péritoine et l'on ne reconnut point de rougeur, point d'épanchement, point de fausses membranes, pas la plus légère trace d'inflammation, ni à sa surface ni dans son tissu cellulaire. Mais en examinant les muscles psoas et iliaque du côté gauche, on les trouva intacts à leur superficie, mais soulevés par une collection purulente accumulée entre eux, la colonne vertébrale et les deux tiers supérieurs de la fosse iliaque. Dans la partie correspondante à cet abcès, leur face profonde était infiltré d'un pus blanc crêmeux; il s'en trouvait aussi dans la gaîne synoviale de leur tendon commun, et dans l'articulation ilio-fémorale dont les ligaments étaient ramollis sans être injectés de sang. Le genou du même côté était distendu par du pus dont un verre au moins était contenu dans l'articulation. La synoviale n'était pas plus rouge que celle de l'articulation de la hanche, ses cartilages n'étaient pas non plus ramollis. La rate présentait un grand nombre d'infiltrations sanguines semblables à des ecchymoses qui occupaient surtout la superficie de l'organe. A la partie supérieure du foie étaient deux abcès, dont le plus grand, du volume d'une grosse noix,

était en contact avec la portion diaphragmatique du péritoine qui en formait la paroi supérieure et était enflammé dans l'étendue d'une pièce de trente sous. Autour de ces abcès, le tissu du foie était comme ecchymosé, quelques-unes de ces ecchymoses contenaient à leur centre un peu de pus infiltré. On remarquait dans l'estomac quelques rougeurs ponctuées avec ramollissement de la muqueuse. Du reste, on ne trouva aucune trace de lésion dans le reste du tube digestif, dans les reins, la vessie et l'urèthre. Il en fut de même des testicules, des conduits déférents et des vésicules séminales. On chercha vainement des traces de phlébite dans les veines de la cuisse et du jarret gauche, c'est-à-dire du côté où se trouvaient l'abcès et la hernie, dans celle du bassin, dans la veine cave inférieure. Tout le tissu cellulaire péritonéal était sain. Les poumons et le cœur n'offraient aucune apparence de lésion; le sang y avait seulement plus de fluidité et une teinte plus foncée que d'ordinaire.

Les changements qu'avait déterminés le séjour des épingles dans le sac herniaire étaient les suivants : la peau portait en avant et surtout en arrière des bourses, la trace des cicatrices encore rouges qui avaient succédé aux ulcérations produites par la pression des têtes d'épingles au devant de l'anneau dans l'étendue d'un pouce au-dessus et au-dessous de ces cicatrices et tout autour de l'enveloppe fibreuse de la hernie, le tissu cellulaire était rouge, infiltré d'un peu de sérosité et de lymphe coagulable, plus dense et fortifié par du tissu fibreux de nouvelle formation; en arrière, ce tissu fibreux faisait adhérer intimement la peau et la membrane fibreuse de la hernie; en avant, bien que son adhérence fût intime, il formait une véritable aponévrose tendue au-devant de l'anneau. On reconnaissait facilement le trajet des épingles à des bandes de deux lignes de diamètre dirigées de haut en bas. La membrane fibreuse qui enveloppe les viscères herniés et qui se continue avec l'aponévrose du grand oblique, n'avait pas éprouvé de changement; quatre des cinq épingles dont il était aisé de reconnaître le passage, avaient passé en dehors de sa cavité. Dans le lieu occupé par celle qui l'avait traversée, se trouvait un cordon fibreux qui la faisait adhérer au sac herniaire; ce cordon fibreux était du reste le seul changement que l'on pût remarquer dans le tissu cellulaire qui sépare la couche fibreuse de la hernie de son enveloppe péritonéale. En examinant cette enveloppe du côté de l'abdomen à l'endroit où elle pénétrait dans le canal inguinal, elle était lisse à sa surface interne, plissée, et elle se rétrécissait en forme d'entonnoir à mesure qu'elle approchait de l'ouverture externe du canal. Au-devant de celui-ci, on trouvait, en incisant le sac, une colonne fibreuse de la grosseur d'un tuyau de plume, longue de deux lignes, qui unissait les faces antérieure et postérieure du sac herniaire, et le partageait en deux parties, l'une externe qui donnait passage au petit doigt, et l'autre interne dans laquelle on pouvait à peine introduire un stylet. Au-dessus de cette bride, le sac était légèrement plissé; mais les deux faces de ces plis n'étaient adhérentes par un peu de lymphe coagulable que dans un seul point; le cordon des vaisseaux spermatiques était parfaitement intact et situé vers le côté interne de l'anneau.

M. Bonnet rapporte l'affection à laquelle ce malade a succombé aux douleurs des lombes qui le faisaient souffrir depuis deux ans et qui le dé-

terminèrent à se faire opérer de la hernie, ce dont il est permis de douter; en effet, lorsqu'on lit avec attention la succession des symptômes qui se sont montrés à la suite de cette opération, lorsqu'on examine avec soin les altérations qu'a présentées l'autopsie cadavérique, on ne peut se refuser à y reconnaître tous les caractères qui appartiennent à la phlébite ou à la fièvre purulente, et quoiqu'on n'ait reconnu aucune lésion dans les veines, l'abcès trouvé à la face supérieure du foie, le pus qui siégeait dans les articulations ilio-fémorale et fémoro-tibiale, l'altération du sang etc., sont des caractères anatomico-pathologiques qui appartiennent à la phlébite, maladie que l'opération aura déterminée et qui aura été la cause de la mort de ce malade.

On ne lira pas sans intérêt, dans cette observation, le travail pathologique local qui, à la suite de l'opération, s'est fait dans le sac herniaire et ses enveloppes, et l'on se convaincra que jamais pareil obstacle n'eût empêché ultétérieurement la reproduction de la hernie.

M. Bonnet, en terminant son travail, établit que sa méthode pour la cure radicale des hernies ne doit pas être tentée chez les vieillards; qu'elle n'offre chez les adultes aucune chance de succès durable si la hernie est trop volumineuse, mais que, chez eux, les hernies peu volumineuses sortant par un canal encore oblique, peuvent être opérées avec beaucoup de succès; que chez lés enfants, on peut réussir quels que soient le volume de la hernie et la dilatation de l'anneau : Enfin, il conclut, qu'il est prudent de s'abstenir de toute tentative opératoire dans les cas où un bandage peut contenir la hernie, et il assure que, parmi les malades sur lesquels la cure radicale des hernies a été essayée, il n'en est aucun, à sa connaissance, même parmi ceux dont le traitement a été suivi de plus de succès, qui ait quitté complétement son bandage, et soit revenu à la condition des hommes qui n'ont jamais eu de hernies.

B. *Procédé de* M. Mayor, *de Lausane*, (*par suture enchevillée*). Dans ce procédé comme dans le précédent, l'auteur cherche à déterminer l'inflammation du sac herniaire pour en obtenir l'oblitération, mais, au lieu de se servir d'épingles comme le faisait M. Bonnet, il emploie des fils en forme de séton à l'aide desquels il pratique la suture enchevillée.

M. Mayor divise son opération en trois temps :

Premier temps. — Formation du pli cutané. On commence par réduire très-exactement la hernie, et l'on passe un doigt dans l'anneau aponévrotique pour s'assurer que la réduction est complète et reconnaître la largeur de la même ouverture. Plus l'anneau est large, plus le pli cutané doit être long, large, et étendu. On trace avec une plume à écrire une ligne sur le milieu de l'anneau béant; ce trait à l'encre sera ou légèrement oblique de haut en bas ou parallèle à la ligne médiane, suivant qu'il s'agit d'une hernie crurale ou bien inguinale, ombilicale ou ventrale. La longueur de ce trait sera d'abord en rapport avec le diamètre connu ou présumé de l'anneau; mais il dépassera de trois à cinq lignes le bord supérieur de cette ouverture, et de trois à quinze lignes le bord inférieur de celle-ci, suivant qu'il s'agit d'une hernie petite ou volumineuse. Vous saisirez alors avec vos deux mains une certaine quantité de peau à droite et à gauche du tracé à l'encre, vous en formerez un pli au-dessus duquel se trouve toujours ce même trait et qui servira de boussole pour le reste de l'opération. Ce pli devra comprendre

toute la surabondance des téguments et s'élever assez pour qu'il y ait tension évidente de la peau de chaque côté des doigts. Il vaut mieux, en général, tendre celle-ci trop que trop peu, car il n'y a rien à craindre dans ce degré de traction, et l'on pourrait, au contraire, avoir à regretter une certaine laxité des téguments, si l'on avait soi-même agi avec trop de lâcheté dans cette partie de l'opération.

Deuxième temps. — Passage des points de suture.

On prend autant de fils doubles cirés qu'il y a de points à faire (de trois à sept, selon le volume de la hernie); on attache un morceau d'éponge ou bien de bougie, ou un petit rouleau d'ouate à l'extrémité de chacun d'eux, qui doit faire l'office de nœud; on confie ces fils armés d'aiguilles à un aide intelligent qui doit les passer tout-à-l'heure à la base du pli ci-dessus indiqué. Le chirurgien retient soigneusement avec ses doigts le pli tégumentaire, et s'oppose à l'issue de tout viscère par l'anneau. Cette précaution est surtout importante chez les petits enfants qui crient pendant l'opération. L'aide implante les premiers points vis-à-vis l'anneau et en deçà des ongles du chirurgien, afin d'être sûr que ni le péritoine ni les viscères ne sont blessés par l'aiguille. Aussitôt l'aiguille passée, on coupe le fil très-près d'elle, on le retire jusqu'au nœud d'éponge, on écarte les deux brins qu'on serre ensuite sur un second morceau d'éponge, ou sur un rouleau soit de coton, soit de laine cardée. On obtient par là une sorte de suture enchevillée, dont les rouleaux compriment exactement les deux côtés du pli relevé. On applique successivement de la même manière les autres points dans toute l'étendue de la base du pli. L'intervalle entre un point et un autre sera de quelques lignes. C'est surtout inférieurement à l'anneau qu'il faut multiplier les points, car c'est par là que la hernie a de la tendance à s'échapper. Le but de ces points est de provoquer un travail de phlogose adhésive et dans l'intérieur de l'anneau.

Troisième temps. — Pansement.

Dans les cas légers aucun autre pansement particulier n'est nécessaire. On laisse les points huit jours et même davantage jusqu'à ce que le gonflement consécutif paraisse suffisant pour atteindre le but indiqué. Du reste, on se contente pour tout pansement d'exercer une légère compression sur la région à l'aide d'un brayer. Pour cela, on garnit de coton cardé les deux rangées de nœuds; on couche le pli ou la saillie des téguments sur le côté interne de l'anneau, on applique encore du coton, puis une compresse, et enfin un brayer. Je ne retouche à l'appareil, dit l'auteur, que lorsque le malade s'en plaint, et je me conduis alors suivant les circonstances, et d'après les règles ordinaires de la chirurgie; toutefois je ne me presse point de couper et d'extraire les fils. On continue l'emploi du bandage de précaution pendant quelque temps.

La brochure de M. Mayor, dont l'article précédent est extrait, cite onze observations remarquables de guérison par son nouveau procédé, mais dans le numéro de la Gazette médicale du 1er juillet 1837, on trouve une lettre de M. Mayor, dans laquelle il confesse franchement qu'il s'était trop pressé de conclure, et avoue, après quelques cas heureux, de nombreux insuccès, là même où il avait compté sur une guérison certaine.

Comme on le voit, le procédé de M. Mayor est plus simple que celui de

M. Bonnet et expose moins à des accidents consécutifs ; mais, son action se bornant à l'anneau externe, il a, comme lui, l'inconvénient d'exposer à de nombreuses récidives. Toutefois, nous croyons que ce procédé pourrait être employé avec quelque avantage comme moyen palliatif dans les hernies volumineuses et difficiles à maintenir. On obtiendrait par cette opération l'oblitération d'une partie du sac herniaire, peut-être aussi un resserrement de l'anneau inguinal, et par là une diminution dans le volume de la hernie ; ce qui la rendrait plus facile à maintenir au moyen du bandage.

C. *Procédé de* M. Malgaigne (*par acupuncture*). Ce chirurgien a eu en vue de déterminer une légère inflammation du canal, en plongeant de petites aiguilles à acupuncture le long de son trajet, à un niveau assez élevé pour éviter le cordon testiculaire. Dès que les premiers symptômes d'inflammation paraissent, on retire les aiguilles, on applique un bandage qui entretient suffisamment l'irritation produite pour amener l'adhésion définitive.

Cet auteur recommande de n'employer cette opération qu'avec une extrême réserve, et il la propose seulement pour quelques cas exceptionnels. Ainsi, quand le canal a diminué d'un tiers de sa longueur, quand il a été énormément dilaté par la hernie, et enfin quand, sans être beaucoup dilaté, ses parois ont faibli tellement que, lors même qu'on place le pouce sur l'anneau interne, la toux fait bomber le canal d'une manière sensible.

Nous croyons ce procédé fort innocent, et, s'il faut en croire M. Ducros (1), il l'aurait vu employer sans qu'il se fût déclaré la moindre inflammation au-dessus des aiguilles.

D. *Procédé de* M. Velpeau (*Scarifications*). On fait remonter à J. H. Freytag l'idée de l'emploi des scarifications dans la cure radicale des hernies. Il les regardait comme plus avantageuses que le point doré, surtout dans la hernie bubonocèle et dans les cas d'étranglement. Heister, sans citer d'auteurs, dit que plusieurs chirurgiens, pour ne pas perdre le testicule, scarifiaient les anneaux et la peau et en ont obtenu de nombreuses guérisons, lorsqu'ils faisaient suivre l'opération de l'usage d'un bon brayer. M. Velpeau vient de faire revivre ce procédé et le modifia en y ajoutant la méthode des incisions sous-cutanées.

L'opération, telle que la décrit l'auteur, se compose de trois éléments : 1° d'une incision sous-cutanée ; 2° de scarifications de l'intérieur du sac et surtout de l'ouverture interne de ce sac ; et, 3° d'une compression sur toute la longueur du canal inguinal, au moyen du bandage herniaire de M. Fournier, de Lempdes.

Pour pratiquer cette opération ce chirurgien s'y prend de la manière suivante :

La hernie étant réduite, il introduit le doigt indicateur dans l'anneau du grand oblique à quelques lignes de profondeur et en poussant les téguments devant lui ; une sorte de lame glissée sur l'ongle de ce doigt a été enfoncée obliquement en arrière et en dehors par l'opérateur jusque dans la fosse iliaque ; retirant alors son doigt de l'anneau inguinal, il ramène le tranchant de l'instrument contre les parois iliaques de l'abdomen, qu'il soutient de

(1) Thèse 1840.

l'autre main, et de manière à les scarifier sur une foule de points en dehors, en avant et un peu en dedans, mais en ayant soin de se tenir à une certaine distance des vaisseaux épigastriques. L'instrument est alors retiré par la plaie d'entrée et l'opération est terminée. Le malade sur lequel M. Velpeau mit ce procédé en pratique pour la première fois, n'a perdu que quelques gouttes de sang; il a été reporté au lit, aucun accident n'est survenu et la petite plaie de la peau était cicatrisée le lendemain. Le bandage Fournier a été appliqué le troisième jour et, depuis ce temps là, l'individu n'a pas cessé de marcher et d'agir comme s'il n'avait jamais été malade.

Encouragé par ce résultat, le malade qui portait une seconde hernie, mais qui n'avait pas voulu en être opéré d'abord, a demandé de lui-même une opération semblable à la première. Au bout de dix jours elle a été pratiquée comme la première fois et le résultat en a été tout aussi simple; de sorte que ce jeune homme se porte parfaitement bien, et qu'il est resté comme cuisinier à l'hôpital, pour mettre les chirurgiens à même de voir ce qui lui adviendra (1).

Ce que M. Velpeau ajoute à cette occasion se réduit à ceci : En agissant de la sorte, on doit irriter l'intérieur du sac dans le canal inguinal, amener là un épanchement de lymphe plastique ou de fibrine, de manière que la compression exercée par le bandage aura grande chance de fermer le trajet herniaire jusque dans la fosse iliaque y compris l'ouverture inguinale interne. Dans tous les cas, l'opération se réduit à si peu de chose, elle est si facile, qu'elle aura au moins l'avantage, si elle ne réussit pas, de ne pas nuire et de permettre aux malades de reprendre leurs occupations deux ou trois jours après l'opération.

Si ce procédé a pour lui la facilité d'exécution, comme le prétend son auteur, nous pensons d'un autre côté qu'il peut donner lieu à de nombreux accidents. En effet, l'introduction dans le canal d'un instrument en forme de lance, et à l'aide duquel il va pratiquer des scarifications à l'anneau abdominal et même jusque dans la fosse iliaque interne, expose à de graves lésions, qui, pour n'être pas survenues entre les mains de l'auteur, n'en sont pas moins à craindre. En outre, nous doutons que cette lymphe plastique à laquelle on fait jouer aujourd'hui un si grand rôle en chirurgie, puisse jamais fermer le canal inguinal de manière à offrir assez de résistance aux efforts des viscères, pour s'opposer à leur sortie.

Depuis que M. Velpeau a pratiqué ces opérations, nous avons appris que les hernies ont été maintenues réduites pendant un mois, mais au bout de ce temps, le malade ayant été obligé d'enlever son bandage, on a vu ses hernies se reproduire comme avant l'opération.

Dernièrement, M. De Kimpe, médecin de bataillon au 1er de ligne, a pratiqué cette opération à l'hôpital militaire de Liége. A la levée du bandage, on a vu aussi la hernie reparaître comme avant l'opération.

(1) Bull. de thérapeutique. Août 1840.

§ III.

Des procédés par invagination.

Les conditions qu'on cherche à remplir par ces procédés ne sont plus les mêmes que dans les précédents. Ce n'est plus l'oblitération du sac herniaire par l'accollement de ses parois qu'on cherche à obtenir pour s'opposer à la sortie des viscères, mais c'est par un bouchon organique qu'on emprunte à la peau du scrotum, invaginée dans le canal inguinal, qu'on arrive au même résultat.

A. *Procédé de* M. GERDY.—L'idée première de cette méthode revient à M. Gerdy. Depuis sa création, il lui a fait subir quelques modifications. Voici comment il pratique aujourd'hui cette opération.

Il se sert d'une aiguille courbe fixée sur un manche et cachée dans une gaîne, dans laquelle on la fait mouvoir à volonté à l'aide d'un curseur situé à sa partie supérieure. L'aiguille est percée près de sa pointe de deux chas, et sur la convexité de l'aiguille, entre le chas supérieur et l'inférieur, se trouve une rainure assez profonde pour loger un fil ciré double. Cette rainure joue un rôle assez important. En effet, avant qu'on l'eût fait pratiquer, quand on faisait sortir l'aiguille armée hors de la gaîne, le fil se pelotonnait devant la pointe, et était exposé à être coupé par les frottements sur les bords tranchants de cette aiguille. C'est ce qui a eu lieu quelquefois avant le perfectionnement de l'instrument. Pour utiliser cette rainure, il faut avoir la précaution, quand on passe le fil, de faire pénétrer son extrémité de la concavité à la convexité de l'aiguille, d'abord par le chas inférieur, puis de la ramener de la convexité à la concavité par le chas supérieur. De cette manière, le fil engagé dans la rainure et passé par les chas forme une anse dont la concavité embrasse la convexité de l'aiguille.—Outre le porte-aiguille ainsi préparé, on se procure des cylindres en gomme élastique ou autres, pour pouvoir pratiquer la suture enchevillée. Ces précautions indispensables ayant été prises, on procède à l'opération.

Premier temps.—La région inguinale et le scrotum du côté correspondant à la hernie ayant été préalablement rasés, on fait coucher le malade sur le dos, comme pour l'opération de la taille, et en travers du lit, la tête soulevée par des oreillers, le bassin maintenu un peu élevé, les membres inférieurs fléchis sur l'abdomen et un peu écartés. Le chirurgien, placé entre les jambes du malade, réduit la hernie; alors, soulevant la peau du scrotum avec l'extrémité du doigt indicateur ou de l'auriculaire de la main gauche, (selon que l'ouverture de l'anneau peut admettre l'un ou l'autre de ces doigts) il presse sur cette peau de manière à ce que le doigt en soit coiffé, la refoule de bas en haut et de dedans en dehors, dans la direction du trajet inguinal, et s'avance dans l'intérieur du canal aussi profondément que possible. Si l'on peut pénétrer jusque dans l'abdomen, le doigt dont on a eu soin de tenir la face palmaire dirigée en haut et en avant, exerce de petits mouvements de latéralité, afin de décoller plus sûrement le péritoine et de se placer ainsi entre lui et la paroi abdominale.

Deuxième temps.—Saisissant alors de la main droite le porte-aiguille, l'opérateur glisse la convexité de l'instrument sur la surface palmaire du doigt qui a refoulé la peau, et l'introduit jusqu'au fond du cul-de-sac, en le tenant presque perpendiculaire à l'axe du corps. Il s'assure alors avec le doigt indicateur droit, s'il n'existe pas de battements artériels dans le point où les parties vont être perforées.

Troisième temps. — L'instrument ainsi placé, le chirurgien abaisse le manche, et la pointe mousse du porte-aiguille se relève alors par un mouvement de bascule; puis, poussant avec le pouce le curseur qui sert à faire sortir l'aiguille de sa gaîne, il traverse à l'extrémité la plus reculée du cul-de-sac, et d'arrière en avant, d'abord la peau invaginée, puis toute la paroi antérieure du canal inguinal. Mais il faut ici une précaution importante, c'est de recourber l'extrémité du doigt qui conduit l'aiguille, de manière à ce qu'on ne la dépasse jamais; car, si cela arrivait, on s'exposerait à blesser, soit le péritoine, soit une portion d'intestin que le doigt ne pourrait plus protéger. Souvent la pointe de l'aiguille éprouve de la difficulté à traverser les téguments; on facilite sa sortie en faisant tendre par un aide ou en tendant soi-même les parties qui fuient devant elle. On fait alors sortir l'aiguille au dehors, jusqu'au niveau du chas inférieur; puis, dégageant l'extrémité supérieure du fil du chas supérieur, on la fait retenir à l'extérieur, tandis qu'en retirant, par le trajet qu'elle a parcouru, l'aiguille dans sa gaîne, on entraîne ainsi l'autre extrémité du fil. On amène l'instrument hors du cul-de-sac invaginé; on retire le fil de l'aiguille pour le passer de nouveau de dedans en dehors comme la première fois, par les deux chas; on le reporte sur le doigt indicateur, et l'on pratique, en prenant les précautions ci-dessus indiquées, une seconde perforation (8 à 12 millim. environ) en dehors ou en dedans de la première. On dégage alors tout à fait le fil de l'aiguille que l'on retire hors de la plaie.

Quatrième temps.— On fixe les extrémités du fil à l'extérieur sur de petits cylindres de gomme élastique; on les noue en rosette, afin de pouvoir resserrer ou relâcher la suture, selon les circonstances. La constriction doit être portée au point de causer une légère douleur; mais il ne faudrait point la porter trop loin, car le sphacèle de la portion de peau comprise entre les sutures pourrait en résulter. Le malade, transporté dans son lit, est couché avec un oreiller sous les jarrets; on lui applique des compresses humectées d'eau fraîche ou tiède, selon la température, sur la région inguinale, et, pour éviter le tiraillement, on les maintient avec un bandage en T. On couvre le malade d'un cerceau destiné à soutenir les couvertures et à les empêcher de s'humecter de proche en proche par imbibition. Par la même raison, les compresses humides ne doivent toucher ni à la chemise, ni aux draps. L'opéré est soumis à une diète légère pendant les premiers jours. Il a même été utile de le préparer à l'opération par une bouteille d'eau de Sedlitz.

Dans le procédé opératoire employé primitivement, on se servait d'aiguilles courbes ordinaires, mais les aiguilles pouvaient se tordre dans la plaie, comme cela est arrivé une fois, puis, on pratiquait cinq points de suture entrecoupée; or, M. Gerdy a renoncé à cette suture à cause des accidents de sphacèle qu'elle occasionna, notamment chez un malade qui a vu

sa hernie ressortir sous la peau, par la perte de substance qu'avait éprouvée l'aponévrose du muscle grand oblique, mais ce n'est que peu à peu qu'on est arrivé à ne faire qu'une seule suture et à se servir d'une aiguille montée sur un manche. Enfin, on a également renoncé à la cautérisation du cul-de-sac et à l'avivement qu'on pratiquait à son orifice rattaché ensuite par des sutures, dans le but d'empêcher la plaie de se *désinvaginer;* de sorte enfin que l'opération, débarrassée de tous ses moyens primitifs, est vraiment aujourd'hui très-facile et d'une ingénieuse simplicité.

Les phénomènes qui suivent l'opération sont les suivants : une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans la direction du nerf génio-crural. Bientôt une inflammation phlegmoneuse s'empare des parties environnant les sutures; cette inflammation, qui quelquefois devient très-vive, donne lieu à des abcès dont il faut surveiller de très-près le développement. Les fils sont généralement enlevés du deuxième au cinquième jour, plus ou moins tôt, selon la douleur; enfin la péritonite n'a pas encore été observée; seulement quelques douleurs vagues et obscures dans la région sus-pubienne se sont fait sentir chez quelques malades. Cependant cette opération en elle-même n'est pas toujours exempte d'accidents. La péritonite, la gangrène des téguments et de toutes les parties comprises par les fils, une vive douleur causée par la lésion du nerf génito-crural et les abcès entre les muscles abdominaux, sont ceux qui sont le plus à craindre. L'artère épigastrique et le cordon testiculaire sont à l'abri de l'action de l'aiguille.

Pendant longtemps M. Gerdy pensa que la peau restait invaginée et qu'elle formait ainsi un bouchon organique qui s'opposait à la sortie des viscères. Mais une observation attentive lui ayant démontré que, dans la plupart des cas, la peau invaginée redescendait peu à peu, et que dans d'autres cas le bouchon, qui, dans les premiers jours, formait un corps solide, diminuait sensiblement de volume et finissait par se résorber entièrement, il pensa que l'oblitération du trajet inguinal avait lieu alors par une exsudation de lymphe plastique faite dans l'intérieur de ce trajet. Ce qui semblait donner du poids à cette opinion, c'est que chez certains opérés portant des hernies très-volumineuses, une première opération n'avait eu pour résultat que de rétrécir notablement l'orifice, et qu'une seconde les avait complétement délivrés de leur maladie.

Ce procédé pour la cure radicale des hernies compte maintenant, d'après M. Gerdy, plus de soixante faits, dont trente-trois ont été consignés dans la thèse de M. Alexandre Thiéry. Voici le résumé succinct qu'il en donne :

1. Chauchois, 62 ans, chantre. Deux hernies inguinales, l'anneau du côté gauche admet facilement l'indicateur. — On pratique trois points de suture. — Cautérisation avec l'ammoniaque. Suture extérieure du cul-de-sac invaginé. Levée des fils le cinquième jour. — Après un mois cet homme est présenté à l'institut; on constate que l'anneau est oblitéré et que la hernie ne se reproduit pas par les efforts de la toux.

2. Trinque, 60 ans. Hernie inguinale droite. — Quatre points de suture. — Cautérisation. Suture extérieure du cul-de-sac. — Le sac invaginé se sphacèle le sixième jour. Récidive un mois et demi après l'opération.

3. Chartier, 61 ans. Hernie inguinale droite. — Cinq points de suture. — Cautérisation. Emploi des réfrigérants; toux opiniâtre. Le malade arrache

les fils pendant la deuxième nuit et la hernie ressort et s'étrangle; la réduction en est difficile. Quinze jours après, quelque effort que fasse le malade, la hernie ne reparaît plus.

4. Quidot, ciseleur, 14 ans. Hernie inguinale droite. Un seul point de suture. Cautérisation. Un mois après la hernie ne se reproduit pas.

5. Gérard Jacques, 24 ans. Deux hernies inguinales, celle du côté droit admettant le doigt indicateur.—Deux points de suture.—Cautérisation, fils enlevés le deuxième jour.—25 jours après il sort guéri, l'anneau est oblitéré. La hernie ne sort plus de ce côté.

6. Henri Page, jardinier, 45 ans. — Hernie inguinale droite, l'anneau admet le doigt indicateur. — Cinq anses de fil avec suture entrecoupée. — Sphacèle assez étendu.

La hernie après un mois et demi ne se remontre pas, seulement quand il tousse, les viscères proéminent sous la peau, dans un endroit où les fils ont coupé l'aponévrose.

7. Un homme âgé de 35 ans. — Double hernie. — L'anneau extrêmement dilaté admet le pouce. — Trois points de suture. — Cautérisation. — Levée des fils le sixième jour. — Il sort guéri, quoique, sans porter de bandage, le huitième jour il se fût levé.

8. Un homme âgé de 30 ans, l'anneau est très-large ; trois points de suture. — Cautérisation. Levée des fils le cinquième jour. — Au bout de trois jours la hernie ne paraissait pas, la guérison était consolidée.

9. Le nommé Soleil, âgé de 30 ans, portait depuis dix ans une hernie inguinale droite; anneau passablement dilaté, l'extrémité de l'index le remplissait presque complétement. Opéré le 11 mai 1837; deux anses de fil. — Cautérisation, le 12, douleurs assez vives dans la région iliaque droite. Saignée de 12 onces, 30 sangsues sur le point douloureux, fomentations émollientes. Le 13, la douleur abdominale persiste et s'étend dans tout le côté droit, saignée de 8 onces, deux applications de 20 sangsues, cataplasme; les fils sont relâchés.

Le 14, même douleur locale, pouls plein, dur, 85 pulsations, deux saignées de huit onces, vingt sangsues.

Le 15, les mêmes symptômes persistent. Saignée de huit onces, vingt sangsues. Les points de suture sont retirés; il sort une ou deux gouttes de pus par chacune des ouvertures que traversent les fils. Les douleurs locales cessent graduellement, l'état fébrile disparaît, le malade ne tarde pas à entrer en convalescence, le 1er Juin il sort de l'hôpital, et tout semble indiquer que la guérison sera durable.

Depuis que le malade est sorti de l'hôpital, j'ai obtenu sur lui les renseignements suivants. Pendant huit ou dix mois, il a porté son bandage jour et nuit, puis il a commencé à l'ôter la nuit, et maintenant il a complétement renoncé à en faire usage; il fait des marches de cinq et six lieues, sans éprouver la moindre gêne, sans que la tumeur reparaisse; il travaille à la terre, peut enfin se livrer aux travaux les plus pénibles, avec autant d'aisance qu'il le faisait avant d'avoir été affecté de hernie. (*Observation communiquée par* M. Nélaton.)

10. Guimbertot, 40 ans. — Hernie droite admettant difficilement l'index. — Trois points de suture. — Cautérisation. — Levée des fils, le quatrième

et le sixième jour. — Six semaines après l'opération, complétement guéri, revu plusieurs fois depuis, la guérison ne s'était pas démentie.

11. Millot Jean, 23 ans. Deux hernies inguinales, à très-larges ouvertures, admettant bien les deux doigts index et medius. Opéré du côté droit. — Deux fils. — Cautérisation. — Levée des fils, le deuxième jour. — Un mois après, guérison complète du côté opéré.

12. M. C., étudiant en droit. — Hernie inguinale droite, orifice très-étroit de l'anneau. — Deux fils. — Cautérisation. Guérison momentanée. — Puis la hernie s'étant reproduite amena une nouvelle opération couronnée de succès.

13. Boucher, maçon, 26 ans. — Hernie inguinale droite. — Un seul fil. — Cautérisation. Sorti guéri sans accident, un mois après l'opération.

14. Gallet, 24 ans, étudiant en droit. — Hernie inguinale droite. — Ouverture herniaire étroite. — Un seul fil, pas de cautérisation, hémorrhagie par le cul-de-sac. — Au bout de six semaines, le malade se levait et marchait sans que la hernie ressortît par suite de la toux ou d'autres efforts.

15. A. C. étudiant en médecine, 25 ans. Hernie inguinale gauche. — Il a rapporté lui-même son observation; trois jours après il n'avait pas vu sa hernie reparaître.

16. Linger. — Hernie inguinale droite. — Deux points de suture sans cautérisation. — Il rapporte après plusieurs mois qu'il est guéri radicalement, seulement quand il tousse, il sent une impulsion du côté de la hernie.

17. Bemers, 25 ans, ébéniste. — Hernie inguinale droite. Le doigt indicateur pénètre facilement. — Deux points de suture. — Cautérisation. — Sorti guéri 25 jours après.

18. Bourguignon, 27 ans, perruquier. — Hernie inguinale droite. — Le doigt indicateur traverse facilement le trajet inguinal. — Deux points de suture. — Cautérisation. — Sorti guéri un mois après.

19. Sophie Vincent, 18 ans, cuisinière. — Hernie inguinale gauche, canal étroit pour admettre le petit doigt; on opère avec un mandrin. — Un seul point de suture. — La peau ayant été imparfaitement invaginée, quinze jours après l'opération la hernie se reproduit. — Réopérée par le procédé légèrement modifié elle sort guérie deux mois et demi après.

20. Eustache (Louis), 25 ans. — Deux hernies inguinales. — L'orifice du côté droit admet facilement le petit doigt. — Plusieurs points de suture. — Trois jours après, levée des fils; il quitte l'hôpital guéri le vingtième jour. Depuis M. Gerdy l'a revu; après un mois la guérison ne s'est pas démentie.

Sur les cinq observations prises dans la thèse de M. Ducros, il y a eu trois récidives. Enfin M. Poumet, interne de la Charité, a communiqué quatre observations, dont voici le résumé : Les quatre malades ont eu des abcès de la paroi abdominale; chez tous, ces abcès ont suppuré de 10 à 15 jours avec une abondance disproportionnée à l'étroitesse et la briéveté des sutures. Deux ont donné des craintes sérieuses, l'un pendant quatre jours, l'autre pendant deux mois; deux fois pendant ce temps, on s'est attendu à ne plus les retrouver à la visite suivante; chez un des malades les accidents ont été moins graves. Tous trois en sortant ont été invités à porter des bandages pendant six mois, et on les a engagés à ne jamais les quitter. Un opéré est mort d'un

abcès; situé entre les deux muscles obliques de l'abdomen; cet homme avait été opéré par M. Huguier.

21. M. Roux a opéré une hernie inguinale par le même procédé, et a bien réussi.

Voici l'observation. Le nommé C. Harrie, 21 ans, domestique. — Hernie inguinale droite, ancienne, ouverture large de l'anneau. — Trois points de suture. — Accidents inflammatoires graves. — Guérison après 25 jours. Revu un mois après sortie; la guérison ne s'est pas démentie.

22. Brunsby Cooper a opéré une hernie inguinale réductible par le procédé de M. Gerdy. John Hulmann, âgé de 22 ans. — Hernie inguinale très-volumineuse. — Le procédé de M. Gerdy fut suivi de point en point; seulement on laissa à demeure dans le cul-de-sac, un tampon de charpie imbibée d'ammoniaque. — Le résultat de l'opération, après trois mois et demi, fut que le malade ne voyait ressortir sa hernie qu'avec beaucoup de difficulté.

23. Garrou : Bien constitué. — Hernie inguinale droite; ouverture large de l'anneau. Emploi de l'eau blanche, avec une vessie remplie d'eau froide sur la plaie; on avait pratiqué l'autoplastie à l'orifice du cul-de-sac. Les fils sont enlevés le cinquième jour. Etat typhoïde. hébétude et mort le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouve une teinte rouge du péritoine, près de l'anneau, mais sans sérosité ni pus. — Couche de pus sous le grand oblique, remontant jusqu'aux attaches de ce muscle aux côtes; la poitrine ouverte laisse voir une collection purulente dans la plèvre du côté droit; — cet homme avait eu quelques symptômes de pleurésie attribuée à l'emploi des réfrigérants.

24. Un homme portant une dilatation du cœur veut absolument être opéré d'une hernie inguinale droite; — on lui pratique deux points de suture; pas de cautérisation. — La nuit, agitation, délire; le malade se plaint d'étouffement; lipothymie. La plaie présente une rougeur érysipélateuse, levée des fils le deuxième jour; — sphacèle de la peau le lendemain; — frissons à plusieurs reprises, — mort le dixième jour.

A l'autopsie, on trouve le cœur triplé de volume; des abcès nombreux existent dans le cerveau, la rate, les reins, etc.

Il est à remarquer que dans ces autopsies on a constamment rencontré des collections purulentes, soit dans les cavités splanchniques, soit dans les viscères ou à leur surface, soit entre les muscles. Il est bien étonnant, d'après cela, qu'on ait voulu chercher la cause de la mort dans diverses altérations organiques, telles que la dilatation du cœur trouvée chez un malade, une pleurésie chez un deuxième, altérations qui, pour nous, y ont été plus ou moins étrangères et dont nous trouvons la cause principale dans l'inflammation suppurative, suite de l'opération.

Il résulte de ces faits :

1° Que l'opération de la cure radicale des hernies, par le procédé de M. Gerdy, est d'une exécution simple et facile à l'aide de son ingénieux instrument;

2° Que ce procédé a l'inconvénient de ne pas atteindre avec l'aiguille la paroi postérieure du sac herniaire; de ne pouvoir en rapprocher les feuillets pour en faciliter l'oblitération; de laisser libre l'ouverture abdominale du canal, ainsi que la portion de peau invaginée située en arrière; de n'op-

poser souvent au passage des viscères qu'un obstacle momentané, et partant d'exposer à de nombreuses récidives.

3° Que cette opération n'est rien moins qu'innocente; qu'elle a souvent donné lieu à de graves accidents et qu'elle a entraîné la mort dans plusieurs cas (1).

4° Qu'on peut reprocher à ces opérations, en général, de n'avoir point pour elles la sanction du temps; car on a pu remarquer que chez la plus grande partie des opérés, la guérison a été prononcée quelques jours ou tout au plus quelques semaines après que l'opération avait été pratiquée; or, on conviendra avec nous, qu'il est impossible, après un laps de temps si court, de se prononcer sur les résultats définitifs de l'opération.

B. *Procédés de* M. Signorini (*Intro-rétroversion*). M. Signorini, en apportant des modifications au procédé de M. Gerdy, n'a fait que le compliquer. Il en a rendu l'exécution plus difficile et les résultats plus douteux.

Premier procédé. — On commence par réduire exactement la hernie; on repousse ensuite avec les doigts vers le ventre, à travers l'anneau, tous les tissus flasques qui en forment les enveloppes, de manière à invaginer la peau comme un doigt de gant qu'on renverse. La peau rétropulsée de la sorte, on la maintient dans cette position au moyen d'une algalie de femme qui continue à la faire plonger dans la cavité abdominale. L'opérateur prend alors trois longues aiguilles à bec-de-lièvre qu'il plante horizontalement à la base du cône, de manière à rapprocher entre eux les deux côtés de la brèche, ou, en d'autres termes, à convertir en fente linéaire le cercle de la base de l'infundibulum cutané. Ces aiguilles compriment tous les tissus sous-jacents jusqu'au péritoine. Elles se placent à quatre lignes de distance l'une de l'autre et parallèlement entre elles. A ces aiguilles, on adapte, en huit de chiffre, un ruban de fil ciré comme dans l'opération du bec-de-lièvre, qu'on serre modérément pour prévenir la mortification de la peau. Alors on entortille les fils un assez grand nombre de fois pour faire une sorte de plastron définitif au-devant de la fente linéaire.

Le chirurgien se propose, par cette opération, de boucher organiquement l'ouverture par l'adhérence des deux côtés de la brèche à la face interne de la peau invaginée. Cette opération a obtenu des succès entre les mains de M. Signorini, mais il est probable qu'ils ne furent pas de longue durée, car, depuis, il a abandonné ce procédé pour en inventer un autre beaucoup plus compliqué.

Deuxième procédé. — Il se compose de quatre temps.

Premier temps. — Il consiste à pratiquer le taxis ordinaire.

Deuxième temps. — Le malade étant couché en supination, l'opérateur placé du côté de la hernie, introduit l'extrémité du doigt indicateur dans la base du scrotum, en avant de la convexité du testicule, dans le point que formait précédemment le sommet inférieur de la tumeur herniaire : le tenant fixé là, il le pousse vers l'anneau inguinal, de manière à former avec la peau une espèce d'entonnoir ouvert à l'extérieur, dont la profondeur augmente à mesure que le même doigt, pénétrant à travers le canal dans le ventre, se recourbe en crochet vers le plan inférieur du liga-

(1) On compte aujourd'hui six morts sur soixante-deux opérés.

ment de Fallope dans l'anneau crural; continuant à pousser dans la même direction, ce doigt dépasse la longueur du canal, de manière à former une saillie dans le pli de la cuisse au-devant du repli falciforme du fascia-lata, à la partie interne des vaisseaux fémoraux.

Troisième temps. — Le doigt invaginateur restant dans la position que nous venons d'indiquer, et son extrémité faisant saillie au pli inguinal, on introduit à la partie interne et inférieure de cette région une aiguille à suture ordinaire suffisamment courbe et longue, qui, pénétrant à travers la profondeur des tissus, va traverser le pli cutané déprimé, et ressortir auprès des vaisseaux fémoraux, qu'on garantit de la lésion de l'instrument par le doigt d'un aide intelligent, qui les recouvre et les déprime. L'opérateur s'aperçoit que l'aiguille a pénétré dans la peau rentrée, par le contact du doigt indicateur. S'il l'a sentie à nu, on peut être sûr que la paroi déprimée a été traversée; il la fait ressortir alors à la superficie dans le voisinage des vaisseaux fémoraux. Une autre aiguille mais de forme différente, *aiguille à spatule* (*ago a spatula*) est plongée à la base de la portion de peau déprimée, dans la région inguinale, la traverse, et, avec elle, l'anneau inguinal qui lui a donné passage. Un aide se charge de la retirer si la main de l'opérateur ne peut être convenablement placée pour cela.

Quatrième temps. — Le doigt indicateur, devenu inutile pour fixer le bouchon de peau retenu par les points de suture, est maintenant retiré. Alors, avec un bistouri ordinaire, dont le tranchant est dirigé vers la saillie formée dans le pli de la cuisse par le sac déprimé, le chirurgien fait une incision de la longueur d'un pouce, assez profonde pour mettre à découvert la peau rentrée et le repli falciforme du fascia-lata, au-dessus duquel il pratique, avec le même bistouri, quelques légères scarifications. Enfin, on place quelques points de suture entortillée avec un fil ciré. On remplit le cul-de-sac formé par la peau avec une forte mèche de charpie tordue sur elle-même, on panse légèrement, puis l'on fait quelques lotions résolutives. Le reste du traitement ne diffère pas de celui des plaies qui se réunissent par seconde intention. On retire l'aiguille introduite dans le canal crural vers le quatrième jour ; l'autre est extraite le septième. On surveille avec soin les mouvements du malade, on évite qu'il soit pris de toux. L'époque de la suppuration étant passée, on a recours à de légers cathérétiques, pour accélérer la cicatrisation. Une fois la cicatrice suffisamment consolidée, il est inutile de faire porter au malade un bandage, dont la pression serait plus nuisible qu'utile (1).

Cette opération paraît avoir été employée avec succès par M. le professeur Signorini, de Padoue. M. Petrali, qui aussi avait vanté ses succès et était un des grands partisans de ce procédé, vient aujourd'hui, non-seulement détruire ce qu'il en disait en 1838, mais combattre toutes les méthodes le plus récemment préconisées pour la cure radicale des hernies. A l'appui de ces critiques, il rapporte treize faits d'insuccès, dont quelques-uns avaient été publiés par lui-même comme des cas de guérison. Il résulte donc de tout ceci que le procédé de M. Signorini présente de grandes diffi-

(1) *Annali universali di medicina, d'Omodei.*

cultés dans son manuel opératoire, qu'il expose le malade à de nombreux accidents tant primitifs que consécutifs, et qu'il est suivi de récidives presque constantes.

C. *Procédé de* M. Leroy *d'Étiole.* — (*Invagination sans suture.*) M. Leroy d'Étiole a fait l'invagination de la peau dans le canal inguinal, mais sans la maintenir à l'orifice supérieur du trajet herniaire par un point de suture comme dans le procédé de M. Gerdy.

Pour parvenir à ce résultat, il applique sur l'anneau inguinal un vésicatoire de la manière suivante : Il commence par repousser la peau dans l'anneau avec le doigt indicateur, qu'il porte aussi loin que possible ; il fait une marque avec de l'encre sur le bord du froncis de la peau, puis, abandonnant celle-ci, il taille son vésicatoire en se guidant sur la ligne qu'il a tracée. Dans quelques circonstances, il laisse au centre de la peau invaginée une portion de la largeur d'une pièce d'un franc ; sur cette partie il applique une rondelle en gomme élastique ou en parchemin, que soutient une tige métallique. Il se sert de ce moyen pour refouler dans l'anneau, aussi haut que possible, la peau dénudée qui, par le moyen de ce support adapté à la pelote d'un bandage, est maintenue quelques jours dans ce nouveau trajet. Lorsqu'il pense que des adhérences se sont formées entre les plis de la peau invaginée, il retire la tige, laissant au fond du trajet fistuleux la rondelle en caoutchouc qui fait bouchon. Ce trajet lui-même est touché avec de l'ammoniaque. Pour empêcher plus sûrement encore la reproduction de la hernie, il remplace la tige et la rondelle par un petit pessaire, dont le champignon lisse et poli, est soutenu par un fil de platine tourné en spirale, faisant ainsi un ressort qui se développe dans ce trajet. Cette spirale, resserrée avec une pince quand c'est nécessaire, prend son point d'appui sur un bandage. Ce procédé, qui s'applique plus spécialement aux hernies directes, ne nécessite pas l'adhérence de la peau.

Aucun procédé ne nous semble moins efficace que celui-ci et nous n'en aurions même pas fait mention si nous n'avions voulu compléter l'histoire de la cure radicale des hernies. Cependant, comme moyen palliatif, il pourrait être de quelque utilité dans les hernies directes, ordinairement si difficiles à maintenir.

D. *Procédé de* M. Wutzer. La différence qui existe entre ce procédé et celui de M. Gerdy, consiste moins dans la manière d'invaginer la peau du scrotum dans le canal inguinal, que dans les moyens employés pour l'y maintenir.

Le procédé du professeur de Bonn se pratique à l'aide d'un instrument nouveau, qu'il a nommé Celekleison ou invaginateur herniaire, dont nous allons donner une idée très-sommaire, en décrivant l'opération.

On commence à refouler avec le doigt la peau du scrotum dans le canal inguinal, laissant entre la face dorsale du doigt et la paroi postérieure du canal le cordon des vaisseaux spermatiques. On glisse sur la face palmaire une tige creuse en bois d'ébène plus longue que ce canal, percée, près de son extrémité, d'un trou destiné à donner passage à la pointe d'une longue aiguille mobile dans son intérieur. Ensuite on fait saillir l'aiguille qui, s'échappant par le trou du cylindre, perce successivement les parois antérieures de l'infundibulum cutané, du sac et du canal inguinal. Au dehors,

la pointe de l'aiguille est reçue dans une espèce de chas percé à l'extrémité d'un autre cylindre en forme de couvercle placé à l'extérieur. Au-dessus et parallèlement au cylindre intérieur et du côté de l'anneau externe, les deux cylindres sont unis par une vis de pression qui les presse l'un contre l'autre, mais de telle manière que la pression porte surtout au point où l'aiguille traverse la peau. On conçoit qu'avec un tel instrument, qui est laissé en place, terme moyen, six à sept jours, l'aiguille tient lieu des points de suture placés comme dans le procédé de M. Gerdy, au fond du cul-de-sac cutané, et qu'il y a de plus la pression exercée par les cylindres.

M. le docteur Schniewind, dans sa thèse inaugurale soutenue à l'Université de Bonn, rapporte deux observations de hernies inguinales guéries par ce procédé, nous les relaterons d'une manière succincte.

1° Wolff, Nicolas, âgé de 34 ans, affecté de hernie inguinale réductible du côté droit, fut opéré le 8 novembre 1839; le 9, la peau comprimée entre le cylindre et son couvercle se tuméfie, devient rouge, chaude, douloureuse à la pression; le 10, la douleur est diminuée; M. Wutzer, pour activer l'inflammation, augmente un peu la compression des téguments au moyen de la vis de pression; le 11, peu de douleur, pas de fièvre, les parties profondes, situées au-dessous et à l'entour du cylindre, sont le siége d'une tumeur qu'on peut circonscrire avec les doigts. Le 15, on remarque de la suppuration au-dessus du couvercle, on enlève l'instrument avec précaution, et l'on trouve une eschare gangréneuse de deux lignes de circonférence à l'endroit où l'aiguille avait perforé les téguments. Le 18, la peau invaginée est parfaitement consolidée dans le canal inguinal, le malade peut quitter le lit, et peu de temps après, il sort de l'hôpital radicalement guéri.

2° Schoenenberg, Pierre, charpentier, âgé de 49 ans, atteint d'une hernie inguinale droite, fut opéré le 6 mars 1839. Une heure après l'opération, il ressent un frisson violent qui lui cause beaucoup d'inquiétude et lui fait demander du secours à grands cris. On lui administre quinze gouttes de teinture d'opium qui font disparaître le frisson et procurent du calme et du sommeil au malade. Le soir, il y a de la douleur à l'endroit comprimé. On prescrit la diète et les antiphlogistiques. Le 7 mars, pas de changement. Le 8, la peau des environs est légèrement douloureuse; on augmente la compression à l'aide des vis de pression. Le 16, on enlève l'instrument et l'on trouve sous le couvercle la peau très-rouge, et la portion, qui a été en contact avec le sommet du couvercle, noire et sphacelée. On la recouvre d'un plumaceau cératé et l'on remplit la partie invaginée de charpie. Le 20, la partie sphacelée peut être enlevée et, au-dessous, on remarque des bourgeons charnus de bonne nature; les jours suivants la cicatrisation s'opère et le canal inguinal se bouche solidement par une cicatrice.

E. *Procédé de* M. Seutin. — C'est le premier en Belgique, qui mit en pratique le procédé de M. Wutzer. Les observations des quatre opérations qu'il fit, ont été consignées dans le cahier du mois de mars 1840 du Bulletin médical Belge, par M. Pourcelet, son élève interne. — Nous allons les reproduire.

Premier fait.—Dierickx, François, barbier, âgé de 20 ans. — Hernie inguinale réductible gauche. — Opéré le 13 novembre 1839, tout se passe sans accidents; sept jours après l'opération, on enlève le celekleison; on

cautérise la peau invaginée avec de l'ammoniaque, puis le nitrate d'argent. Le 5 décembre, le malade peut se lever, tousser, faire des efforts, et la hernie ne paraît point vouloir sortir. Le 6, on le laisse sans brayer. Quelques jours plus tard, la hernie sort à la partie postérieure du canal, derrière l'adhérence produite par la piqûre; on avait commis une imprudence en ne lui faisant pas porter un brayer pendant quelque temps encore. Depuis lors, quelque effort qu'il fasse, la hernie ne reparaît plus. Un cordon dur, résistant, de la grosseur d'une plume de corbeau, adhérant intimement aux cicatrices d'entrée et de sortie de l'invaginateur herniaire, indique le trajet cicatrisé de l'invagination.

Deuxième fait.—Jansens, François, batelier, âgé de 54 ans, opéré le 13 novembre d'une hernie à droite (en dehors de l'anneau inguinal, par éraillement des muscles et des aponévroses abdominales); l'instrument est enlevé le 7e jour.—Cautérisation de l'infundibulum avec le nitrate d'argent. — Formation d'un abcès dans le scrotum qui n'a pas de suite fâcheuse. L'intestin a une tendance à vouloir se hernier de nouveau; on ne retrouve point comme chez le premier, le cordon de la cicatrice. Cependant l'ouverture par où s'était opérée la hernie est notablement diminuée.

Troisième fait. — Niels, Arnould, marbrier, 27 ans.—Opéré le 2 décembre pour une hernie inguinale droite.—Le 6e jour, l'instrument est enlevé. — Cautérisation. — Le 15e jour, spica comme moyen compressif et brayer. Le 20e jour, le trajet est cicatrisé, on le reconnaît sous forme de corde. Le malade se lève, tousse, marche, fait des efforts sans inconvénients. Le 26e jour, il sort de l'hôpital avec la recommandation de porter un brayer. Depuis lors nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Quatrième fait.—Philippe D..., âgé de 11 ans, fut soumis à l'opération le 28 janvier 1840; il se leva au huitième jour, et la tumeur herniaire (inguinale droite) n'avait aucune tendance à sortir. Le 9 mars, il est impossible de reconnaître le pourtour de l'anneau dans lequel on introduisait deux doigts; toutes les parties sont confondues. Il porte par prudence un bandage herniaire.

Si nous résumons les faits consignés dans ces observations, nous remarquons que, chez le premier malade, la hernie avait reparu avant sa sortie de l'hôpital, que le second laissait beaucoup à désirer et que les deux derniers n'ont plus vu leur hernie reparaître.

M. Seutin, ayant remarqué qu'un seul point d'adhérence entre le tampon de peau invaginée et la paroi antérieure du canal inguinal était insuffisant pour garantir d'une manière certaine la guérison radicale, et non satisfait de ses premiers essais, fit modifier, par M. Bonnels, de Bruxelles, l'instrument de Wutzer, en faisant ajouter deux aiguilles latérales à l'effet de multiplier les points de compression et d'adhérence, et de les répartir sur une plus grande surface du canal inguinal. Nous ignorons si depuis lors il a fait usage de cet instrument ainsi modifié; dans tous les cas, nous devons supposer qu'il n'en a pas été plus satisfait que de celui de Wutzer, car, à l'exemple de beaucoup d'autres, ce chirurgien combat aujourd'hui la cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de M. Sotteau, qui n'est aussi qu'une modification de celui du professeur de Bonn.

Vers cette époque, c'est-à-dire, lorsque M. Seutin pratiquait ses pre-

mières opérations à l'aide de l'instrument de Wutzer, M. le docteur Sotteau se rendit de Gand à Bruxelles, pour avoir des renseignements sur cet instrument. M. Seutin les lui donna, lui communiqua le manuel opératoire, lui fit connaître les imperfections que l'expérience lui avait déjà suggérées et lui remit la thèse de M. Schniewind. De retour à Gand, M. Sotteau se livra à son tour à quelques essais que nous allons extraire de son mémoire sur la cure radicale de la hernie inguinale réductible, inséré dans le journal du mois de juin 1840 de la Société de médecine de Gand.

Premier fait.—Sante, Jean-François, milicien au 6e de ligne.—Hernie inguinale.—Opéré le 6 avril 1840. — Il survint vers le 4e jour un peu de tension de l'abdomen accompagnée de fièvre. Le 5e jour, l'instrument est enlevé; on trouve une eschare de la grandeur d'un centime à l'endroit où avait séjourné l'aiguille. Le 7e jour, il se manifeste à la bourse du côté opéré une forte inflammation suivie d'un abcès. Le 1er mai, le malade est radicalement guéri et rejoint son corps.

Deuxième fait.—Fassin, Nicolas-Louis, du 2e régiment d'artillerie.—Hernie inguinale gauche.—L'instrument de Wutzer est appliqué le 18 avril, et enlevé le 25 du même mois. L'adhérence de la peau dans l'anneau était complète. Le 5 mai, le malade était radicalement guéri.

Troisième fait. — Peeters, Jacques, soldat au 5e de ligne. — Hernie inguinale droite.—Opéré le 28 mars; le 6e jour, on enlève l'instrument et l'on trouve les adhérences de la peau parfaites. On lui fit porter un brayer et un mois plus tard la hernie avait reparu. Le 20 mai, il fut soumis de nouveau à l'opération; le cylindre resta appliqué pendant cinq jours, et, lorsqu'on le retira, les adhérences étaient parfaites, et cette fois la guérison ne se démentit plus.

Quatrième fait.—Vercauter, Jean-Baptiste, soldat au 2e régiment de chasseurs à pied. — Hernie inguinale, anneau très-large qui permet de faire pénétrer le doigt et la peau invaginée dans la cavité abdominale. L'instrument fut appliqué le 16 mars et retiré six jours après. Eschare arrondie du diamètre de six lignes. A la chute de l'eschare une suppuration abondante s'établit, et, au bout d'une douzaine de jours, des adhérences étaient formées. On fit tousser le malade, et la nouvelle barrière opposée à la hernie ne put être franchie. Mais quelques jours plus tard, en soumettant le malade à de nouvelles épreuves, on vit la hernie reparaître. Le 28 août, on pratiqua une nouvelle opération; cinq jours après on enleva l'instrument, et alors l'adhérence était complète, et le bouchon suffisait pour empêcher la réapparition de la hernie.

Ces quatre observations nous prouvent que les essais qu'a tentés M. Sotteau, à l'aide de l'instrument de Wutzer, ne lui ont pas été fort satisfaisants. En effet, deux malades ont vu leur hernie reparaître avant de sortir de l'hôpital; ils ont subi une seconde opération, et tous quatre ont été renvoyés à leur corps si précipitamment et si peu de temps après l'opération, qu'il est permis de douter que leur guérison se soit maintenue.

M. Sotteau trouva alors que des changements devaient être apportés au procédé de Wutzer, et il attribua ses insuccès à ce que le plus souvent un simple pli de la peau du scrotum invaginé dans le canal était insuffisant, qu'un double pli devenait nécessaire à la formation du bouchon qui, à son

avis, devait à jamais mettre un obstacle insurmontable à la sortie des viscères. Pour parvenir à ce but, il modifia l'instrument de la manière suivante:

« J'ai fait ajouter à l'instrument de Wutzer, dit M. Sotteau, une lame en métal, en forme de gouttière, pouvant s'adapter facilement sur le cylindre, ayant à peu près sa longueur et large de la moitié de sa circonférence. Cette lame présente à son extrémité, qui répond à l'ouverture latérale du cylindre, une espèce de mortaise dans laquelle passe l'aiguille lorsqu'on la fait saillir. A l'extrémité opposée est pratiquée une échancrure dans laquelle s'engage la vis de pression; elle est disposée de manière à permettre de retirer cette petite gouttière d'avant en arrière sans que la vis y mette obstacle. Lorsqu'il s'agit d'opérer avec l'instrument ainsi modifié, je comprends, entre l'extrémité antérieure du cylindre et la petite gouttière que je lui surajoute, un pli de peau du scrotum, large d'un pouce environ. Je maintiens ce pli dans cette position en serrant assez fortement ces deux pièces de l'instrument l'une contre l'autre, au moyen du pouce et de l'indicateur de la main droite. Je glisse ensuite dans l'anneau, l'indicateur de l'autre main, que je fais suivre, à mesure qu'il y pénètre, du cylindre toujours disposé comme je viens de le dire. Arrivé dans le canal, je fais saillir l'aiguille à travers tous les replis des téguments, je retire la petite gouttière, et termine l'opération. On laisse l'instrument en place pendant six jours au lieu de cinq, on serre la vis de pression un peu plus fortement et l'on cautérise la peau invaginée avec de l'ammoniaque ou du nitrate d'argent. »

Cinquième fait.—Hostyn, soldat au 3e de ligne.—Hernie inguinale du côté droit. Le 28 avril, un double pli de la peau fut introduit dans le canal inguinal; à la levée de l'instrument la peau invaginée reprend sa position normale. On réapplique l'instrument, et, cinq jours après, l'on trouve que des adhérences se sont opérées et que la guérison est radicale. Toutefois, on recommande au malade de porter un brayer pendant quelques mois.

Sixième fait.—Decuyper, soldat au 2e régiment de chasseurs à pied.—Opéré le 28 février au moyen du procédé de Wutzer. Le 6e jour, on leva l'instrument, et l'on trouva autour de l'aiguille une large eschare de la largeur d'un franc pénétrant jusque dans le canal inguinal. Tous les tissus, qui avaient été soumis à l'action de l'invaginateur, avaient été frappés de gangrène dans une grande étendue; plus tard on réunit la plaie au moyen d'une suture entortillée. La cicatrisation ne se fit pas attendre et la hernie demeura parfaitement réduite. Le 15 mars, le malade quitta l'hôpital radicalement guéri de sa hernie. «Quoiqu'il en soit, dit M. Sotteau, je ne regarde pas cet accident comme bien fâcheux, l'anneau était très-large chez cet individu, et j'ai la conviction aujourd'hui que sa hernie aurait reparu, s'il avait été soumis à une simple application de l'instrument. Je trouvai au contraire dans cette circonstance un moyen de diminuer de beaucoup encore la largeur de l'anneau. Un grand segment de son contour avait été enlevé par la gangrène, et l'on pouvait opposer ainsi un obstacle plus solide à la sortie des viscères. »

D'après ceci, on voit que M. Sotteau ne craint pas les accidents, qu'au contraire il les fait tourner au profit de son opération. Comment concevoir qu'une gangrène qui détruit la peau, l'aponévrose du grand oblique, qui enlève à l'anneau un segment de son contour, qui met le cordon des vais-

seaux spermatiques à découvert, puisse, comme il le dit, diminuer de beaucoup la largeur de cet anneau? Je pense, au contraire, que l'anneau, au lieu de diminuer en largeur, a été détruit ainsi que la paroi antérieure du canal inguinal et que c'est à l'oblitération du sac herniaire, provoquée par les accidents inflammatoires, que le malade a dû sa guérison temporaire.

Jusqu'ici M. Sotteau, non plus que ses prédécesseurs partisans de la méthode par invagination, n'a pas eu une idée bien claire du travail pathologique qui doit avoir lieu pour arriver à la cure radicale d'une hernie. Il a travaillé en iatromécanicien; toute son attention est restée fixée sur le bouchon de peau invaginée dans le canal, et sur les adhérences qu'il doit y établir. Cependant, en terminant sa cinquième observation, il se demande si la compression exercée au moyen d'un bandage, ne pourrait pas, chez le malade dont il s'agit, oblitérer le sac herniaire? C'est la première fois dans son mémoire qu'il prononce le mot de sac herniaire, mais malheureusement cette idée lui échappe bientôt, et nous verrons plus bas que dans les nouvelles recherches auxquelles il se livre actuellement, toute son attention continue à être absorbée par le bouchon de peau à invaginer.

M. le docteur Lutens, d'Anvers, a aussi pratiqué la cure radicale des hernies par le procédé de Wutzer. Nous trouvons dans les Archives de Médecine Belge du mois de janvier dernier, un long article fort intéressant et bien raisonné sur les conditions qu'on doit chercher à remplir, lorsqu'on veut tenter la guérison radicale de cette maladie.

En chirurgien consciencieux, M. Lutens ne dissimule pas ses malheurs; il rapporte cinq cas de non guérison, parmi lesquels un mort. Voici les faits :

Premier fait. — Vandenhove, Jean-Baptiste, âgé de 21 ans, canonnier à la 20e batterie de siége.—Hernie inguinale gauche, anneau très-resserré. L'instrument de Wutzer est appliqué le 6 octobre. Le 13, on enlève l'instrument et l'on trouve une eschare large comme une pièce de cinquante centimes. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont gonflés, et un large bouchon adhère dans le canal inguinal. Le malade garde encore le lit pendant quelques jours, et un spica de l'aine maintient la hernie exactement réduite. Le 22 octobre, on examine l'opéré, et, après quelques efforts qu'on permet au malade, la hernie reparaît. La peau invaginée s'affaisse de jour en jour, et vers la fin du mois, elle est complétement dédoublée.

Deuxième fait. — Ancion, Dieudonné, 23 ans, soldat au 3e de ligne. — Hernie inguinale droite. — Opéré le 25 juin. Le 5 juillet, on enlève l'instrument, et l'on remarque une eschare autour de l'aiguille. Cautérisation de l'infundibulum cutané avec l'ammoniaque. Pendant la journée du 7, la hernie reparaît, néanmoins on sent un bouchon de peau adhérent dans le canal. Le 15, on fait une nouvelle invagination et on laisse l'instrument en place jusqu'au 21. On cautérise de nouveau l'infundibulum. Le 1er août la hernie a de nouveau reparu.

Troisième fait. — Peeters, Charles, 20 ans, soldat au 1er chasseurs à pied. — Hernie inguinale droite. Le 14 juin, M. Lutens opère le malade d'après la méthode de Mayor. Le 18, l'inflammation étant très-vive, il coupe les fils; la hernie reparaît le 30. Le 10 juillet, il applique l'instrument de

Wutzer; le 17, il le retire et cautérise l'infundibulum; le 1er août, la tumeur herniaire reparaît et la peau invaginée se dédouble.

Quatrième fait. — Sauvage, Guillaume, 18 ans, armurier au 3e de ligne. — Hernie inguinale droite. L'instrument de Wutzer est appliqué le 25 mai, et il est retiré le 1er juin. On remarque autour de l'aiguille une eschare large comme une pièce de deux centimes; le 10 du même mois, la tumeur herniaire reparaît en partie. Nouvelle application et nouvelle invagination jusqu'au 16. Le 26 juin, le malade sort de l'hôpital et on le considère comme étant radicalement guéri. Trois mois après, on examine de nouveau l'opéré et l'on remarque que sa hernie sort avec la même facilité. Le bouchon de peau a disparu.

Cinquième fait. — Welkens, Ivon, 21 ans, soldat à la 12e batterie de siége, atteint depuis trois semaines de hernie inguinale gauche. Le 19 juin, le malade est opéré d'après la méthode de Mayor. Le 23, les points de suture sont en suppuration, l'inflammation est très-étendue, il existe un érysipèle phlegmoneux qui s'étend vers l'abdomen et la cuisse. Le malade est saigné et il est mis à une diète sévère. Continuation des moyens antiphlogistiques jusqu'au 1er juillet. Le 14 du même mois, la hernie se reproduit. Le malade se porte bien, il mange les 3/4 de la portion. Le 6 août, application de l'instrument de Wutzer. On est obligé, à cause de la violence de l'inflammation, de retirer l'invaginateur le 10. Immédiatement après la peau se dédouble. Le malade peu à peu se rétablit et sa hernie est maintenue au moyen d'un brayer. Le 15, vers sept heures du matin, on vint prévenir M. Lutens que ce malade était mort.

Autopsie. — Hypostase sanguine des parties déclives du cadavre, plus prononcée au cou et à la face que dans les autres régions. Le cerveau est injecté d'un sang noirâtre; les sinus et les veines cérébrales en regorgent. Consistance normale du cerveau, le cervelet a paru un peu plus mou qu'à l'état normal. Le liquide encéphalo-rachidien est abondant. Nulle part des traces de phlegmasie. La poitrine et l'abdomen sont parfaitement sains. En incisant les parois qui se trouvent devant le canal inguinal, on trouve la peau et le tissu cellulaire épaissis. Le canal inguinal est resserré, le sac péritonéal qui le tapisse n'offre aucune trace d'inflammation et est adhérent avec le tissu cellulaire du scrotum. Vers l'orifice interne du canal les parois du sac ont l'aspect ridé comme la membrane interne de la vessie.

De ces faits, ce chirurgien conclut: 1° que la méthode de Wutzer réussit rarement dans le traitement radical des hernies; 2° que les téguments invaginés ne contractent que des adhérences momentanées; 3° que la peau se dédouble insensiblement et ne laisse plus de trace d'invagination; 4° qu'il est difficile de pouvoir obturer complétement les ouvertures du canal inguinal.

Peu satisfaits des résultats que leur avait donnés le procédé de Wutzer, MM. Seutin et Lutens l'abandonnèrent: M. Sotteau seul continua ses essais et finit par créer un nouvel instrument et par modifier de nouveau le procédé de Wutzer.

D. *Procédé de M. Sotteau.* Le but que M. Sotteau s'est proposé en créant son nouvel instrument, est toujours d'invaginer le plus de peau possible dans le canal inguinal pour empêcher la reproduction de la hernie;

de serrer les parois inguinales l'une contre l'autre, avec assez de force pour déterminer dans ces parties une inflammation qui les fasse adhérer entre elles par l'intermédiaire de la peau qu'on a d'abord introduite dans ce conduit. A cet effet, dit l'auteur, « j'enfonce à la hauteur du canal inguinal, une aiguille courbe qui, convenablement dirigée, traverse les téguments et les parois interne et externe du canal, et vient ressortir à une distance donnée de l'endroit où elle a pénétré ; la pointe et le talon de cette aiguille font alors saillie à la surface de la peau. Un morceau de bois de la grosseur du petit doigt, long d'un pouce environ, percé à son milieu d'un petit trou, est porté sur l'aiguille jusque contre la peau ; il est retenu en place par une petite cheville qu'on engage dans une ouverture qu'elle présente vers sa pointe. Un second morceau de bois, semblable au premier, est porté de la même manière contre la peau du côté opposé.

Au moyen d'un écrou monté sur un pas de vis dont est munie l'extrémité du talon de l'aiguille, les deux morceaux de bois sont rapprochés l'un de l'autre et la portion de peau comprise entre eux peut être plus ou moins pincée. Pour ne pas faire parcourir à l'écrou un trop long trajet, on interpose entre lui et le morceau de bois, quelques petites boules en bois percées d'un trou à leur centre. Par cette précaution, on évite aussi de donner beaucoup de longueur au pas de vis, qui, en s'étendant trop loin sur l'aiguille, devrait quelquefois pénétrer jusque dans les téguments, ce qui serait très-douloureux. On prévoit d'abord toute la difficulté et tout le danger qu'il y aurait à passer une aiguille à travers l'anneau en perçant les téguments de dehors en dedans, s'il n'existait aucun moyen de la diriger sûrement. J'ai imaginé un instrument qui remplit parfaitement ce but. Il est composé d'un cylindre en bois d'ébène.

Semblable à celui de l'instrument de Wutzer, il porte à son extrémité antérieure une mortaise, et à son extrémité postérieure une tige en fer, qui s'élève d'abord perpendiculairement et se recourbe ensuite horizontalement, de manière à venir se terminer au niveau de l'extrémité antérieure du cylindre. Une seconde tige droite en acier, espèce de levier du troisième genre, est fixée à l'extrémité de la tige au moyen d'une vis qui lui permet des mouvements latéraux : au bout de ce levier se trouve une petite ouverture triangulaire destinée à recevoir le talon de l'aiguille qui y est solidement fixée au moyen d'une petite vis de pression. Nous avons dit que l'aiguille était courbe : elle représente exactement le segment d'un cercle dont le levier serait le rayon. L'auteur a ensuite ajouté à cet instrument un couvercle en acier articulé à l'extrémité postérieure du cylindre. Ce couvercle est introduit avec le cylindre dans le canal inguinal, et sert à soulever et à distendre ses parois au moment où l'aiguille les traverse.

Pour faire usage de cet instrument, on invagine la peau du scrotum et l'on introduit le cylindre et son couvercle enduit d'un corps gras, dans le canal. Arrivé dans le canal inguinal, on soulève le couvercle afin de tendre la peau : pour rendre cet effet plus complet, un aide pose les doigts aux environs de l'endroit où doit pénétrer l'aiguille. Le levier armé de l'aiguille qui a été écartée du cylindre, au moment où on l'a introduit dans l'anneau, est alors abaissé vers la peau. L'endroit que vient de frapper la pointe de l'aiguille est celui où elle doit être enfoncée. On la saisit entre le

pouce et l'indicateur de la main qui opère, et on lui imprime un mouvement dans le sens de sa courbure. Lorsqu'elle est arrivée dans la mortaise du cylindre, l'aide s'applique à tendre sur elle la peau vers le point où elle doit sortir et, dès qu'elle déborde la surface d'un demi-pouce environ, on démonte l'aiguille en desserrant la vis qui la retient, on retire le cylindre et l'on pince la partie de la peau comprise entre les extrémités de l'aiguille par le procédé indiqué plus haut, de manière à mettre les parois interne et externe du canal en contact avec la peau du scrotum qu'on y a invaginée. On serre d'abord modérément, et les jours suivants, on augmente la pression de manière à déterminer une inflammation qui produise l'adhésion des parties mises en contact. Il est très-probable, toutefois, que les surfaces de la peau invaginée du scrotum, recouvertes de leur épiderme, ne contracteraient point d'adhérences entre elles malgré la pression extérieure, quelque forte qu'elle pût être, si l'on n'employait un moyen quelconque pour favoriser ce phénomène.

Voici celui qui m'a paru le plus sûr : Au moment d'opérer, j'enduis l'extrémité du cylindre de pommade ammoniacale de Gondret, que je fais apprêter au lit du malade afin que ses effets soient plus sûrs ; quand ce topique est bien préparé il agit instantanément, les surfaces de la peau étant ainsi dépouillées de leur épiderme dans les endroits où elles sont dans un contact parfait, ne peuvent manquer de contracter des adhérences entre elles.

L'auteur cite dans son mémoire trois observations de malades qui, à leur sortie de l'hôpital, étaient radicalement guéris de leur hernie, mais rien ne prouve que depuis leur rentrée au corps, depuis qu'ils ont repris leurs occupations ordinaires leur hernie n'ait pas reparu. Effectivement les faits que nous rapporterons plus bas confirmeront nos doutes et prouveront combien peu de confiance on doit avoir dans ces prétendues guérisons.

Appréciation du procédé en lui-même et de ses suites.

Le procédé de M. Sotteau remplit-il toutes les conditions voulues pour arriver à la cure radicale des hernies inguinales réductibles? Est-il exempt de tout danger? Voilà les deux questions que nous avons actuellement à résoudre;

Pour parvenir à la cure définitive d'une hernie inguinale et prévenir complétement la sortie des viscères, il faut :

1° Rendre au canal inguinal la longueur et l'obliquité qu'il avait avant la production de la hernie ;

2° Resserrer ses ouvertures aponévrotiques interne et externe ;

3° En obtenir l'oblitération dans tout le trajet par l'adhérence des parois du sac herniaire qui le tapissent.

Or, nous remarquons que le premier temps de l'opération se compose de l'introduction dans l'anneau et le canal inguinal du cylindre en ébène, de son couvercle en fer, et d'un double pli de la peau du scrotum, introduction qui, comme l'on sait, offre beaucoup de difficultés et pour laquelle on

rencontre même souvent beaucoup d'obstacles à l'introduction du doigt. On ne peut donc y parvenir qu'en dilatant outre mesure l'anneau et le canal inguinal, qu'en déchirant souvent les fibres aponévrotiques qui constituent son pilier supérieur et même la bandelette qui le fortifie ; qu'en faisant perdre à l'anneau et à la paroi antérieure du canal toute la contractilité organique qu'ils possèdent ; qu'en détruisant toute la longueur et toute l'obliquité du canal ; enfin qu'en le réduisant à un simple anneau aponévrotique dépourvu de toute propriété organique et communiquant directement dans l'abdomen. Lorsqu'on est parvenu à invaginer la peau et que l'instrument se trouve dans le canal, on fait exécuter au couvercle en fer un mouvement d'élévation dans le but de soulever et de tendre fortement les parois du canal et les téguments, et de faciliter ainsi l'entrée de l'aiguille qui doit les traverser. Ce mouvement forcé achève de distendre l'anneau et de détruire la première indication que l'auteur de ce procédé devait au contraire chercher à remplir. Ce premier temps de l'opération est celui qui, par la suite, deviendra le plus funeste au malade ; car les viscères qu'on aura fait rentrer dans l'abdomen y ayant perdu, par leur déplacement, leurs rapports primitifs, seront repoussés au dehors et leurs efforts incessants ne tarderont pas à surmonter l'obstacle qu'on avait cherché à opposer à leur issue. Il ne sera pas même nécessaire de beaucoup d'efforts de leur part, car une observation attentive a démontré que la peau invaginée redescendait peu à peu, reprenait dans les bourses sa position normale, et qu'elle déchirait et entraînait avec elle les adhérences que sa face interne avait pu contracter dans le canal. Enfin, dans la supposition, toute gratuite, que des adhérences solides soient situées de manière à s'opposer à un nouveau déplacement des viscères en avant, les parois supérieure, inférieure et surtout la postérieure sont d'une conformation et d'une structure à leur laisser toute la facilité nécessaire pour se frayer un passage en haut et en arrière, et arriver par-là à l'anneau inguinal, trajet qu'ils parcourront avec d'autant plus de facilité qu'on aura rendu le canal plus court, l'anneau plus large et qu'on aura dépouillé davantage ces parties de leur contractilité organique.

Dans le second temps de l'opération, on fait traverser à l'aiguille de cet instrument, dit l'auteur, les parois interne et externe du canal inguinal. Nous ignorons ce qu'il entend par parois interne et externe, mais nous devons supposer que ce sont les parois supérieure et antérieure qu'il a voulu désigner, attendu que c'est à la paroi antérieure qu'on remarque la bride formée par le trajet que l'aiguille a parcouru et qu'il lui est impossible d'arriver avec cet instrument à la paroi postérieure, qu'il se garderait bien je pense d'atteindre. L'aiguille traverse donc obliquement de haut en bas et dedans en dehors, les téguments des parois de l'abdomen, les parois supérieure et antérieure du canal inguinal et le double pli de la peau invaginée. On enlève alors l'instrument, on laisse en place l'aiguille, et, à l'aide de billes en bois appliquées à ses extrémités, on serre et l'on comprime latéralement pendant cinq à six jours, c'est-à-dire, jusqu'à ce que la compression ait provoqué une forte inflammation et des eschares gangréneuses.

Dans ce temps de l'opération, nous devons supposer que le chirurgien a eu en vue d'établir une inflammation adhésive entre le péritoine de la face interne de la peau du scrotum invaginée et celui qui tapisse l'intérieur du ca-

nal inguinal, à l'effet d'obtenir entre ces surfaces séreuses des adhérences qui retenant dans le canal la peau invaginée, mettraient à tout jamais un obstacle insurmontable à la sortie des viscères. Mais, pour obtenir cet accollement entre les feuillets du péritoine, le sac herniaire devrait constamment et immuablement se trouver dans le canal, il devrait toujours aussi descendre et tapisser la face interne de la peau du scrotum, et ce sont là des phénomènes qui n'ont pas toujours lieu. Dans les hernies récentes, par exemple, et dans celles dont les viscères ont contracté des adhérences avec lui, le sac herniaire suit souvent leurs mouvemeuts et rentre en bloc avec eux dans l'abdomen. Dans les hernies intrapariétales, dans les hernies bubonocèles, le sac ne descend pas dans les bourses et ne tapisse point la face interne de la peau du scrotum. Comment alors obtenir des adhérences, s'il est matériellement impossible de mettre en contact les surfaces de cette séreuse? On nous dira peut-être que ces cas sont exceptionnels et que, généralement, dans les hernies anciennes et oschéocèles qui ont été mal réduites et surtout mal contenues, le sac herniaire occupe toujours le canal inguinal et descend dans le scrotum, qu'alors la peau invaginée et retournée comme un doigt de gant, met son péritoine en contact parfait avec celui qui tapisse le trajet du canal inguinal et se trouve dans toutes les conditions voulues pour former des adhérences. Je répondrai que, lorsque tous ces phénomènes indispensables à l'opération existent, les hernies sont complètes et anciennes, le plus souvent le canal est réduit à l'état de simple anneau aponévrotique, les viscères sortent directement de l'abdomen, et que, dans ce cas, il serait plus qu'imprudent d'entreprendre l'opération par ce procédé. Peut-être pourrait-on encore m'objecter que cette inflammation ne se borne pas au fond du sac herniaire, mais qu'elle s'étend jusqu'à son col et l'oblitère. Quoique l'auteur n'en dise rien, je ne nie pas que cela puisse quelquefois arriver et, dans la supposition même que cela soit, jamais l'occlusion du sac herniaire seul ne serait suffisante pour prévenir le retour de la hernie, car, si cela était, celle-ci ne surviendrait dans aucun cas, puisque le péritoine est entier avant le déplacement primitif des viscères.

Dans la séance du 8 décembre dernier de la Société de Médecine de Gand, un des membres de cette Société demanda à M. Sotteau quelques explications sur la nouvelle modification qu'il avait fait subir à son procédé opératoire. L'auteur lui répondit que s'étant assuré que le bouchon de peau que l'on introduit dans le canal se trouvait tôt ou tard complétement absorbé, l'idée lui était venue alors d'opposer à la sortie de la hernie, non plus le bouchon de peau, mais l'oblitération même du canal inguinal, et pour cela, de rapprocher ses parois et d'y provoquer une inflammation adhésive. La peau est bien encore introduite, dit-il, mais seulement comme conducteur et temporairement, le principal résultat de l'opération étant la formation d'une eschare profonde, dont la chute ouvre le trajet nouveau qui passe d'une plaie de la peau à l'autre, en traversant les parois du sac herniaire. »

A entendre la réponse que vient de faire l'auteur, on croirait réellement qu'il a apporté de grandes modifications dans son procédé : mais il n'en est rien. Ce qu'il faisait il y a un an, il le fait encore aujourd'hui : ses idées sur le résultat de l'opération sont peut être changées, mais son instrument et

son procédé opératoire sont restés les mêmes : seulement, le temps lui ayant appris que le tampon de peau sur lequel se basait toute son espérance, se réduisait bientôt à zéro, il fallut bien qu'il cherchât à donner de nouvelles explications sur ce qu'il faisait, et, pour ne pas rester en défaut, pour prouver qu'il ne travaillait pas en aveugle, c'est dans le rapprochement des parois du canal inguinal et dans son oblitération qu'il trouva sa nouvelle indication. Pour arriver à ce but, il apporta à son procédé une seule modification : après avoir laissé l'aiguille de l'instrument à demeure dans les chairs pendant cinq à six jours, il la remplace par un séton, qu'il tient dans la plaie aussi longtemps qu'il le juge nécessaire pour détruire par sa présence les parois du canal inguinal.

Le traitement par le séton n'est pas nouveau : depuis nombre d'années les Allemands ont tenté la cure radicale des hernies par ce moyen, mais son insuffisance, pour oblitérer le sac, et les accidents qu'il entraîne à sa suite l'ont bientôt fait abandonner. En effet, si nous voyons dans les observations rapportées par Sabatier des inflammations violentes, des suppurations et même la gangrène résulter de la présence d'un petit séton introduit dans la tunique vaginale, que ne devrait-on pas redouter si, étant placé dans un sac herniaire; les mêmes phénomènes venaient à se manifester.

D'après ceci on conçoit facilement pourquoi M. Sotteau n'est pas plus heureux aujourd'hui avec la nouvelle indication qu'il dit remplir, qu'il ne l'était lorsque tous ses efforts tendaient à retenir dans le canal un bouchon organique ; et quoi qu'il fasse, ce ne sera jamais à l'aide d'un séton qu'il parviendra à rapprocher les parois du canal et à l'oblitérer. Ce séton en occupant le trajet qu'a parcouru l'aiguille, c'est-à dire les parois supérieure et antérieure du canal, pourra bien à la longue détruire ces parois, mais leur destruction ne sera point un obstacle qui puisse efficacement s'opposer à la sortie des viscères. Au contraire, dans la propulsion des intestins en avant, au moment où la paroi postérieure se rapprochera de l'antérieure, qui seule avait encore conservé de la résistance au déplacement des viscères, cette paroi n'existant plus, la hernie se reproduira avec plus de facilité qu'avant l'opération, et, quant à la bride qui occupera la paroi antérieure détruite, et qu'on aura voulu opposer à la sortie des viscères, leurs efforts continuels l'auront bientôt fait disparaître et l'on verra la hernie la franchir avec une facilité étonnante. Car, en définitive, qu'est-ce que cette bride à laquelle on paraît attacher tant d'importance? N'est-ce pas du tissu inodulaire formé par du tissu séreux, du tissu cellulaire et du tissu fibreux, lesquels, comme le tissu cutané, n'ont pas la faculté de se rétrécir, mais bien de s'allonger et de s'étendre, ainsi que bien des faits le prouvent au moins pour les deux premiers tissus, qui finira avec le temps par disparaître. Mais, supposons que cette bride, qui remplacera la paroi antérieure du canal, puisse résister vers ce point aux efforts des viscères? Ceux-ci n'auront-ils pas encore, pour s'ouvrir un passage, la plus grande partie du trajet du canal inguinal restée intacte, c'est-à-dire, la paroi supérieure formée par les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse qui sont libres d'adhérences et d'attaches aux aponévroses vers cet endroit, toute la paroi postérieure formée par la portion la plus celluleuse et la plus faible du fascia transversalis, et la paroi inférieure restée aussi presque complétement intacte? Il arrivera alors que

toutes ces parties qui sont les plus dilatables, se prêteront facilement à l'entrée des viscères dans le canal, que les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse seront repoussés en haut, le fascia transversalis en arrière et que, de cette manière, les viscères s'achemineront vers l'anneau inguinal qu'ils trouveront largement ouvert. S'ils rencontrent dans ce trajet un peu d'obstacle, ils passeront au-dessus de la bride et arriveront ainsi à l'anneau. (Obs. 2.)

Quoique jusqu'aujourd'hui il ne soit pas parvenu à notre connaissance que des malades opérés par ce procédé aient succombé à la suite de cette opération, elle n'est cependant pas exempte d'accidents; nous allons les passer en revue :

1° La douleur qui accompagne cette opération se manifeste surtout au moment même où l'aiguille traverse les tissus et le canal inguinal; elle est parfois si vive qu'elle arrache des cris ou malade. La lésion du nerf génito-crural ou de sa branche principale paraîtrait en être la cause; on pourrait peut-être aussi la rapporter à la lésion du nerf spermatique, lorsque le cordon se trouve éparpillé au-devant de la tumeur, ou lorsqu'il est situé en dedans, comme le dit Chélius. En effet, l'atrophie du testicule qu'on a remarquée à la suite de cette opération n'est due qu'à la lésion d'un vaisseau du cordon. D'autres douleurs se manifestent après l'opération : elles sont causées par la compression des tissus compris entre les billes de bois qu'elles étranglent pendant cinq à six jours jusqu'à ce qu'ils tombent en partie en gangrène. Ces douleurs, toujours accompagnées d'un état fébrile souvent fort intense, s'irradient dans les bourses, dans le pli de l'aine et dans l'abdomen; elles ne disparaissent pas toujours après la cicatrisation des plaies, car, chez les malades opérés par ce procédé et que j'ai en observation, il s'en trouve deux, qui continuent à accuser dans l'abdomen des douleurs qu'ils comparent à des tiraillements, comme si leurs boyaux, disent-ils, étaient attachés à la peau du ventre avec des fils de laiton.

2° Des érysipèles, des phlegmons, des collections purulentes surviennent pendant le cours du traitement; on voit même quelquefois l'aiguille se briser en traversant le canal inguinal (obs. 5); mais il paraîtrait que, jusqu'aujourd'hui, ces différents accidents se seraient bornés à des symptômes locaux et n'auraient pas eu de suites très-graves. En sera-t-il toujours de même après cette opération? des phlegmons diffus, une phlébite, une péritonite ne pourront-ils pas survenir, comme cela s'est vu chez quatre malades qui ont succombé après avoir été opérés par le procédé de M. Gerdy? Oui sans doute, ces accidents seront d'autant plus à redouter, que les lésions organiques produites par le procédé opératoire seront plus profondes et plus étendues, que les phénomènes locaux seront plus graves, et comme, sous ce rapport, le procédé de M. Sotteau l'emporte sur celui de M. Gerdy, les mêmes accidents ne manqueront pas d'arriver lorsqu'il opérera sur des malades qui se trouveront dans des conditions plus ou moins défavorables à une opération.

3° L'atrophie du testicule n'est pas l'accident le moins grave qu'on voie survenir après cette opération (obs. 4). Lorsqu'on se rappelle que l'auteur de ce procédé n'a point insisté sur les moyens que la nature emploie pour oblitérer les ouvertures herniaires, que son but, à lui, n'est pas d'oblitérer

le sac, comme tous les auteurs des autres méthodes ont cherché à le faire, mais bien de détruire le canal inguinal, sans considérer que ce conduit est destiné à donner passage au cordon des vaisseaux spermatiques, au sang nécessaire à la nutrition du testicule et à la sécrétion de la liqueur séminale, on concevra facilement qu'en détruisant les parois du canal, il lui arrivera souvent de détruire le cordon testiculaire, et qu'il en résultera une perte complète de l'organe sécréteur du sperme.

Sacrifier des organes aussi importants à la cure tout éventuelle d'une hernie n'est plus de ce siècle. Les chirurgiens du moyen-âge appelés *vagabundi et peregrinantes chirurgi,* qui se livraient à la cure des hernies en sacrifiant les organes de la génération, furent justement punis par les magistrats d'alors; et, aujourd'hui, où trouvera-t-on des malades qui, à ces conditions, consentent à se débarrasser d'une hernie?

Nous allons actuellement étayer la critique à laquelle nous venons de nous livrer de ces mêmes faits derrière lesquels l'auteur se retranche et auxquels il renvoie les médecins qui jusqu'ici ne partagent pas sa manière de voir sur les résultats de l'opération de la cure radicale des hernies par son procédé.

Premier fait. — Vandenaebele, François, âgé de 35 ans, lancier au 2e régiment en garnison à Louvain, atteint d'une hernie inguinale droite réductible, facile à maintenir, fut opéré par M. Sotteau, en décembre 1840, à l'hôpital militaire de Gand. Après un séjour de deux mois et demi dans cet établissement, il en sortit le 17 février dernier. Une dépêche ministérielle informa officiellement M. le colonel, commandant le régiment, de la guérison radicale de la hernie dont ce militaire était porteur et de sa rentrée au corps, où il arriva le 20 du même mois. En vertu d'ordres de M. l'inspecteur général du service de santé de l'armée, je constatai en présence de plusieurs médecins de la garnison l'état de ce malade dont je dressai procès-verbal. Il fut trouvé : 1° Une cicatrice située à la région du pli de l'aine du côté droit, longue d'un pouce et demi environ, oblique de dehors en dedans et de haut en bas, de couleur bleuâtre, noueuse et adhérente aux tissus mous sous-jacents; 2° Une seconde cicatrice située à deux pouces environ en dedans de la première, tout à fait semblable à celle-ci. Les tissus compris entre ces deux cicatrices ont perdu toute sensibilité percevante et le malade les compare à des parties mortes; 3° Une troisième cicatrice, de forme arrondie, pâle et lisse, située au tiers inférieur du scrotum; 4° Une tumeur oblongue, grosse comme un œuf de poule mais plus allongée, située en dedans du pli de l'aine du côté droit, sortant directement de l'anneau inguinal, descendant dans le scrotum, et rentrant avec des gargouillements dans l'abdomen, quand on en opère le taxis. En conséquence, je déclarai que le nommé Vandenaebele était atteint d'une hernie inguinale directe et scrotale du côté droit. Je dis directe, parce que le canal n'existait plus et que les viscères sortaient directement de l'abdomen.

Obligé d'informer tous les mois M. l'inspecteur général de l'état dans lequel se trouvent les lanciers qui ont subi cette opération, je l'informai le 15 mars suivant, que ce malade ne pouvait plus contenir sa hernie au moyen du brayer ordinaire, qu'elle s'échappait en passant entre le bandage et le pubis et descendait dans les bourses; que le malade souffrait constamment

d'une douleur qui siégeait dans la cicatrice située au pli de l'aine, douleur qui s'irradiait vers la région de la fesse; qu'il accusait dans le cordon des vaisseaux spermatiques une autre douleur qui paraissait siéger dans le canal déférent et s'étendait vers le testicule. Un mois plus tard, le 15 avril, j'informai de nouveau M. L'Inspecteur général, que Vandenaebele se trouvait dans l'impossibilité de se livrer à aucun service et je le proposai en conséquence pour la réforme.

Deuxième fait.— Biver, Michel, âgé de 19 ans, lancier volontaire au 2e régiment, porteur d'une hernie inguinale droite réductible, fut opéré par M. Sotteau à l'hôpital militaire de Gand, en décembre 1840. Il resta deux mois et demi en traitement dans cet établissement, et, comme le précédent, il rejoignit son corps, le 20 février, reputé radicalement guéri de sa hernie. Je constatai l'état suivant dont le procès-verbal fut dressé :

1° A la région du pli de l'aine, dans le triangle formé par l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, la ligne blanche et l'aine droite, on remarque un gonflement dur, rénitent, douloureux, comme si cette région était poussée en avant par les viscères situés derrière elle;

2° Une cicatrice située un peu au-dessous et en dehors du ligament de Poupart, longue d'un pouce et demi environ, bleuâtre, noueuse et adhérente aux tissus sous-jacents; 3° Une autre cicatrice en tout semblable à la première, située au-dessus et un peu en dehors du pubis du même côté. Les tissus compris entre les deux cicatrices ont perdu leur sensibilité; 4° Une troisième cicatrice, ronde, blanche, située à la partie inférieure du scrotum; 5° Le cordon des vaisseaux spermatiques est gonflé, douloureux, le testicule de ce côté est retracté en haut et diminué de volume; la peau invaginée a repris sa position normale dans le scrotum; 6° L'anneau inguinal est très-large, l'introduction du doigt est douloureuse, et si, dans ce moment, on fait tousser le malade ou souffler dans le creux de la main, on sent les viscères qui le heurtent et le repoussent. En conséquence, je déclarai que le nommé Biver, était pour le moment guéri de sa hernie, mais que, vu la dilatation de l'anneau inguinal et la perte de son élasticité, j'avais à craindre une reproduction non tardive de cet accident, pronostic que l'évènement n'a pas tardé à justifier; en effet, le 15 mars, la hernie reparut plus volumineuse qu'elle ne l'était avant l'opération; mais elle ne tarda pas à rentrer. Depuis lors, elle a disparu et reparu à plusieurs reprises. Du reste, le cordon est douloureux, le malade accuse dans l'abdomen des douleurs qui l'empêchent de porter le ceinturon du sabre. L'ouverture par où la hernie fait saillie est constituée par un éraillement des fibres aponévrotiques situées au-dessus de la bride qui occupe la paroi antérieure du canal.

Troisième fait. — Rogge, Éloi, âgé de 36 ans, lancier au 2e régiment, atteint d'une hernie inguinale gauche opérée en décembre 1840 par M. Sotteau à l'hôpital militaire de Gand, fut présenté le 17 février à la Société de médecine de Gand, qui ne jugea pas la guérison complète; il rentra en conséquence à l'hôpital et fut opéré une seconde fois. Vers la fin de mars, il fut renvoyé au régiment comme radicalement guéri de sa hernie. Je constatai, par procès-verbal dressé à son arrivée au corps, l'état suivant :

1° Trois cicatrices longues d'un pouce et demi environ situées sur une ligne tirée du pli de l'aine du côté gauche au-dessus du pubis du même

côté. Une de ces cicatrices est recouverte d'une croute au-dessous de laquelle se trouvent des bourgeons charnus en suppuration; 2° Une plaie fongueuse, saignante, située dans un cul-de-sac à la partie inférieure des bourses; 3° Une tumeur grosse comme un œuf de poule, oblongue, molle, située vis-à-vis de l'anneau inguinal du côté gauche. Cette tumeur apparaît aussitôt qu'on enlève le bandage et sans que le malade fasse aucun effort; elle disparaît et rentre en bloc dans l'abdomen en exerçant sur elle une pression. Le 15 avril, la hernie persiste, les plaies sont cicatrisées, le malade accuse des douleurs dans l'abdomen et à toute la région de l'aine. Le 15 mai, la hernie continue à paraître comme avant l'opération et le malade ne se sent plus capable de faire son service à cause des douleurs qu'il éprouve dans l'abdomen, lesquelles le gènent dans les mouvements, l'empêchent de pouvoir supporter la pression exercée sur ces parties par le ceinturon du sabre et rendent l'équitation insupportable.

Quatrième fait. — Poswick, Charles, âgé de 37 ans, maréchal-des-logis au 1er régiment de lanciers.—Porteur d'une hernie inguinale gauche. —Opéré par M. Sotteau à l'hôpital militaire de Gand, en décembre 1840. Rentré comme radicalement guéri à son escadron au mois de février dernier. État actuel, 15 mai 1841 : oblitération presque complète de l'anneau inguinal, testicule du même côté réduit à la grosseur d'une lentille, vives douleurs dans l'abdomen par la pression du ceinturon du sabre.

Cette observation offre un cas de guérison obtenue en février 1841 et qui ne s'est pas démentie; mais à quel prix, hélas!!

Cinquième fait.—Jansens, Pierre, âgé de 30 ans, lancier au 1er régiment. Deux hernies inguinales.—Opéré par M. Sotteau, en décembre 1840 à l'hôpital militaire de Gand. — Rentré au corps, soi-disant radicalement guéri, au mois de février dernier.—Aujourd'hui 15 mai 1841, ses hernies sont aussi volumineuses qu'avant l'opération. Cet homme ne peut plus porter le ceinturon du sabre, ni monter à cheval à cause des vives douleurs qu'il éprouve dans l'abdomen.

Pendant qu'on pratiquait l'opération sur ce malade, l'aiguille s'est brisée dans les chairs; il y a environ trois semaines qu'un fragment en est sorti.

D'après ces faits, n'est-on pas en droit de se demander si MM. les rapporteurs du mémoire de M. Sotteau à la Société de médecine de Gand, ne se sont pas trop hâtés de proclamer l'auteur de ce procédé l'inventeur de la cure radicale des hernies, et, avant d'accuser le gouvernement de l'oubli non mérité, disent-ils, dans lequel il laissait l'auteur de cette grande découverte, s'ils n'auraient pas bien fait d'attendre que le temps, ce grand rectificateur de tant de choses, se fût prononcé sur cette opération? Non, ce procédé ne mérite pas plus que les précédents les 100,000 écus que Georges II, roi d'Angleterre, avait promis à celui qui trouverait la cure radicale des hernies.

Comme c'est en vertu d'ordres ministériels que ces malades étaient envoyés à l'hôpital militaire de Gand pour être opérés, tous les régiments de cavalerie légère y envoyèrent leurs hernieux. Le premier régiment de chasseurs à cheval en envoya six, et aucun d'eux ne fut trouvé apte à être opéré par M. Sotteau. Quatre d'entre eux lui ont *paru* être atteints de

hernies inguinales irréductibles, un de hernie crurale, et le sixième portait au-dessus de l'anneau une tumeur dont il ne désigna pas la nature. Il semble que l'opérateur soit devenu moins entreprenant et plus circonspect dans le choix des hernies à opérer, pour qu'il ait rencontré autant de contre-indications; il semble qu'il craigne un contrôle plus sévère de la part des médecins de régiment et qu'il ne s'attende pas à autant de complaisance de leur part qu'il en a trouvée chez quelques membres de la Société de médecine de Gand.

Le 2e régiment de chasseurs à cheval reçut aussi l'ordre de faire diriger ses hommes atteints de hernies sur le même hôpital : ils étaient au nombre de six. Arrivés à Gand, ils apprirent les résultats qu'avait eus cette opération sur leurs camarades des régiments de lanciers, et tous refusèrent formellement de s'y soumettre. Il est vrai qu'on n'insista pas autant auprès d'eux qu'on l'avait fait auprès des lanciers.

Pour notre compte, nous ne pouvons assez applaudir à la résolution qu'ont prise ces malades, et, si ce n'eût pas été en vertu d'ordres supérieurs que ceux du régiment dont le service sanitaire nous est confié, eussent été dirigés sur l'hôpital de Gand pour y être opérés, nous eussions employé auprès d'eux toute notre autorité pour les engager à ne pas courir les chances graves de cette opération. Car, avant d'entreprendre une opération de la nature de celle-ci, le chirurgien doit se rappeler qu'il existe une loi en médecine opératoire qui dit qu'une opération un peu grave ne doit être entreprise que quand la lésion qui la réclame est incompatible avec la vie. Or, les hernies récentes et réductibles, et ce sont celles-là seules qui sont opérables, n'appartiennent pas à cette catégorie de maladies. Les hernies de cette espèce bien maintenues, bien soignées, constituent des infirmités qui n'ont pour ainsi dire jamais de conséquences fâcheuses... Combien d'hommes sont porteurs de hernies et combien en voit-on peu qui éprouvent des accidents, et encore ceux-ci se rencontrent-ils presque exclusivement dans les cas de hernies anciennes irréductibles, mal maintenues et négligées! Les médecins ne sont pas plus à l'abri des hernies que toute autre classe de la société, et pourtant le danger de l'opération est si réel pour eux que je n'en connais pas un qui s'y soit soumis.

§ IV.

De la cure radicale après l'opération de la hernie étranglée.

Si l'on admet que les parois abdominales empruntent toutes leur force aux muscles et aux aponévroses qui les composent; si l'on réfléchit que le tissu fibreux, dont ces derniers sont formés, bourgeonne difficilement, qu'il s'exfolie plutôt et ne contracte par conséquent que des adhérences peu intimes avec les parties voisines, qu'indépendamment de cela, on agrandit presque toujours les ouvertures aponévrotiques dans les opérations du débridement, on conclura que les hernies ne doivent être que bien rarement suivies de guérisons radicales après l'opération de la hernie étranglée. Nous citerons à l'appui de ceci le témoignage d'hommes qui ont beaucoup vu et

dont l'opinion repose sur une base large et solide. Il est rare, dit Boyer, que l'opération procure la guérison radicale de la hernie. (*Maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 156.) Ast. Cooper est encore plus explicite : Quand le malade est rétabli des suites de l'opération, dit-il, il est encore exposé comme auparavant à la reproduction de la hernie. La prédisposition à ce genre d'accident a même augmenté, car l'ouverture abdominale a été accrue par l'incision du débridement (p. 270). « Je ne sais, dit J. L. Petit, sur quoi ils fondent l'espérance d'obtenir par ce moyen (les scarifications) une cicatrice plus solide, car l'anneau ne peut pas lui-même fournir les chairs que l'on désire : c'est un corps aponévrotique incapable d'en produire; de sorte que, bien loin de tirer quelque avantage des scarifications proposées, c'est affaiblir l'anneau. » J. L. Petit a conseillé d'inciser l'anneau fibreux sans ouvrir le sac, de réduire ensuite les parties qu'il contient, de repousser dans l'ouverture herniaire la plus grande partie de ce sac et de l'y soutenir avec une pelote large, espérant que les parois de ce sac contracteraient des adhérences et se convertiraient en un corps solide propre à empêcher le retour de la hernie. S'il n'était pas démontré aujourd'hui que la cause la plus fréquente de l'étranglement a son siége au collet du sac herniaire et que, dans ce cas, cette méthode pourrait amener des accidents graves, on pourrait espérer que le sac en faisant l'office d'un bouchon à l'anneau abdominal et contractant des adhérences avec le tissu cellulaire ambiant s'opposerait efficacement à un nouveau déplacement des viscères.

D'autres chirurgiens, pour atteindre le même but ont conseillé de pratiquer la ligature du sac pendant l'opération, ou même de le disséquer complétement et d'en faire l'ablation. Ast. Cooper, qui pratiqua une fois cette opération, se trouva à même de l'apprécier à sa juste valeur, car, après avoir enlevé la totalité du sac, après avoir rapproché par des points de suture les bords de la plaie, celle-ci sembla être guérie le dixième jour; mais, un mois après, la femme qui était l'objet de cette observation, se trouva affectée d'une hernie presque aussi volumineuse que la première. Quand on réfléchit, dit ce célèbre chirurgien, que l'ouverture des parois de l'abdomen conserve après cette opération la même étendue qu'auparavant, et que le péritoine est encore le seul obstacle qui s'oppose à la reproduction de la hernie, il ne paraît pas probable que cette membrane si extensible puisse empêcher la réapparition d'une hernie, dont elle n'a pu prévenir la formation primitive, page 275.

Ainsi donc, l'opération de la hernie inguinale étranglée n'offre que très-peu de chances de guérison radicale, parce qu'il faudrait qu'elle diminuât l'ouverture aponévrotique et qu'au contraire elle l'agrandit presque toujours. S'il est un cas où l'on puisse concevoir quelque espoir et où les adhérences puissent empêcher la récidive de la hernie, c'est lorsqu'une portion d'épiploon, ayant été laissée en dehors du ventre, a contracté des adhérences, non-seulement avec les lèvres de la plaie, mais aussi avec le col du sac herniaire, et par l'intermédiaire de ce col avec le sac lui-même. On conçoit que l'épiploon étant peu mobile en haut et formant en bas un tampon d'un certain volume, doit, au moins dans un bon nombre de cas, empêcher le péritoine auquel il adhère, de fuir de nouveau devant les intestins. J'en ai vu un exemple remarquable en 1839, à la maison de détention de Liége

chez un prisonnier correctionnel, habitant Verviers, qui était atteint d'une hernie-épiplocèle très-volumineuse. La réduction de l'intestin fut difficile et longue et l'on n'y parvint qu'après un débridement très-multiple; il était de couleur lie-de-vin, mais encore résistant, et, après sa réduction, nous retînmes en dehors l'épiploon gangréné. Quatre mois après l'opération, je revis le malade et je m'assurai, par des efforts que je lui fis faire, que l'épiploon avait contracté des adhérences solides à l'anneau et s'opposait à un nouveau déplacement des viscères. Je dois aussi faire remarquer que cet homme, après cette opération, avait pris en très-peu de temps un embonpoint extraordinaire, ce qui, peut-être, a contribué à sa guérison radicale. Ses digestions se faisaient bien, il n'éprouvait ni tiraillement d'estomac, ni douleur, ni vomissements lorsqu'il prenait des aliments.

§ V.

De la compression et de la position horizontale.

La compression doit être le premier moyen qu'on ait employé pour la cure des hernies. Déjà elle était mise en usage du temps de Celse quoique d'une manière très-incomplète. L'appareil contentif qu'il appliquait se composait d'une pelote de chiffon cousue à une bande. Souvent par ce moyen, dit-il, l'intestin était repoussé en dedans et ses membranes s'agglutinaient entre elles. Nous devons supposer que c'est sur des enfants en bas-âge que Celse est parvenu, à l'aide de ce moyen, à agglutiner ce qu'il appelle les membranes des intestins. Il faut arriver jusqu'à Nicolas Lequin et jusqu'au fameux Blegny pour constater dans cet art quelques progrès saillants.

La compression est généralement employée comme moyen palliatif dans le traitement des hernies, mais un grand nombre de faits prouvent que, si elle est faite de manière à ne laisser jamais sortir la hernie, elle amène le resserrement progressif du collet du sac et de l'ouverture herniaire, qu'elle rend à l'anneau inguinal sa résistance, qu'elle en rapproche les piliers, et peut en conséquence amener la cure radicale, si le sujet se trouve dans de bonnes conditions. C'était déjà, en 1739, l'opinion d'Heister. Selon lui, par l'usage méthodique d'un bandage, l'ouverture aponévrotique se fortifie si bien que la hernie ne revient plus. On ne doit pas surtout oublier ce qu'en dit Richter, qui traita spécialement de ce moyen thérapeutique, et, d'après ce que nous allons citer de lui, il n'est pas douteux que ce grand chirurgien ait pensé pouvoir obtenir la cure radicale des hernies par la compression. « Les parties enflammées contractant aisément des adhérences plus fermes, ne pourrait-on pas, dit-il, au moyen d'un bandage, obtenir sûrement dans la plupart des cas la cure radicale, en s'en servant de manière, non-seulement qu'il comprimât le col du sac herniaire, mais encore qu'il y produisît une inflammation? Il suffirait pour cet effet, de serrer un bandage muni d'une pelote un peu dure jusqu'à ce que le lieu de son application devînt douloureux, et de le laisser en place jusqu'à ce que les douleurs devinssent considérables et que le malade pût les supporter, sans craindre d'autres fâcheux accidents, surtout du côté du testicule; après quoi, on appliquerait

un bandage avec une pelote molle et qui n'exercerait qu'une pression légère. Je crois que ce serait la manière la plus facile, la plus sûre, d'opérer la cure radicale ; et j'ai de fortes raisons de penser que j'ai vu plusieurs personnes qui ont été guéries radicalement par ce moyen. » « Lawrence est d'accord sur ce point avec ce célèbre chirurgien anglais et il donne pour raison que l'anneau obéit alors à cette loi générale de physiologie, par laquelle nous voyons les cavités et les conduits se rétrécir et s'oblitérer aussitôt que les fonctions qu'ils remplissent cessent d'être exercées. Le canal artériel, le canal veineux, les vaisseaux ombilicaux s'oblitèrent quand ils ne sont plus parcourus par du sang. Un œil est-il atrophié, la cavité orbitaire perd ses dimensions ; une cavité articulaire qu'une tête d'os abandonne se rétrécit et s'efface même. » Comment ne pas supposer le rétrécissement de l'anneau inguinal dès que la cause qui l'a dilaté n'existe plus? A voir ce qui se passe tous les jours dans la pratique, on pourrait croire que l'analogie est trompeuse, mais cela tient à ce que le sac herniaire reste toujours perméable, à ce que la compression n'est pas exercée d'une manière convenable, à ce qu'on néglige de la faire sur l'anneau abdominal et sur tout le trajet du canal, à ce qu'on ne s'attache pas assez à faire un bon choix de bandages et de pelotes propres à chaque espèce de hernies, enfin à ce qu'on n'attache pas assez d'importance à l'application du bandage herniaire. Car si toutes ces conditions étaient exactement exécutées, pourquoi la loi dont nous venons de parler ne s'appliquerait-elle pas aux orifices herniaires? N'avons-nous pas des faits incontestables, qui nous prouvent, d'après les expériences de M. Ravin, que la position horizontale seule continuée longtemps, en prévenant la sortie des viscères, a suffi quelquefois pour guérir radicalement des hernies? A plus forte raison, arrivera-t-on au même résultat, lorsqu'une compression méthodiquement faite sera réunie à la position.

M. Fournier, de Lempdes, cite des observations assez nombreuses de guérison de hernies par des bandages de sa composition, et déjà, à une époque où les bandages herniaires étaient loin d'être arrivés au degré de perfection qu'ils ont atteint aujourd'hui, nous trouvons des exemples frappants de guérisons radicales des hernies. Ambroise Paré cite une observation de guérison, par la compression, d'une hernie intestinale complète chez un homme âgé de 40 ans. « Jean Moret, épistolier, c'est-à-dire, chantant à l'épistre au Dimanche, lequel auait vne hargne intestinale complette, se retira vers moy, me monstrant son mal, demandant secours, parce qu'il disoit sentir une très-grande douleur, principalement en chantant son épistre. Voyant sa greueure, ie luy dy, que véritablement il deuoit mettre un autre en sa place : Ce qu'il fit priant le curé (pour lors M. Leclerq, doyen de la faculté de théologie) et les marguillers d'en commettre un autre, leur déclarant son impuissance. Ce que lui estant accordé, se met entre mes mains et ie luy ordonnay plusieurs remèdes propres à son mal; luy faisant prendre vn brayer qu'il porta par l'espace de cinq ou six ans : et un jour luy demandant comment se portoit son mal, me fit response qu'il ne sçauoit plus que c'estoit, et qu'il estoit guary. Ce que iamais ie n'eusse peu croire, si ie ne l'eusse veu. Parquoy l'amenay à mon logis et vey ses parties génitales sans aucun vestige de hargne, emerueillé grandement comment il auoit peu être guary cognoissant son âge. Or, six mois après ie l'eu ainsi reuisité, aduint

qu'il mourût d'une pleurésie : et ayant sceu sa mort, ie m'en allois en la maison du dit curé, en laquelle ledit Moret se tenoit, le priant qu'il me permist faire ouuerture du corps mort, afin que ieusse cognoissance quel bastiment nature auoit fait en la voye où les intestins descendaient : Ce que volontiers il m'accorda.

» Ie proteste à mon Dieu, que trouuay autour du trou de la production du péritoine vne substance adipeuse de la grosseur d'un petit esteuf, infiltrée, et attachée si fort au dit endroit qu'à bien grande difficulté la pouuoit destacher sans dilacérer et rompre les parties adiacentes. Et voilà la cause pourquoy la guarison s'en estait ensuiuie. Semblablement i'ay cogneu quelques-uns qui auoient porté le brayer par longues années, sans autre chose, estre entièrement guary : estant maigre et puis deuenant gras, les intestins accueillent gresse qui les grossit, de sorte qu'il ne tomboient nullement aux bourses, et ont laissé de porter le brayer sans aucune récidiue.

» Ces choses nous monstrent, qu'il ne se faut haster d'oster les coüillons aux pauures garçons. Chose admirable, que nature guarisse des maladies estimées incurables, si elle est tant soit peu aidée. Le principal aide consiste à empescher l'intestin de descendre, pendant qu'elle opère, et faire ce que dessus (1). »

D'après ce fait, il est permis d'établir que la compression méthodique seule et permanente peut guérir radicalement une hernie, et, quoique nous ne doutions pas que les cas de guérison soient rares à cet âge, cette observation atteste qu'ils peuvent cependant avoir lieu, et que toutes les fois que les circonstances le permettront, ce moyen devra être employé. Mais ce sera principalement chez les enfants et quelquefois même chez les adultes porteurs de ces hernies susceptibles d'une réduction facile et immédiate, non accompagnées de symptômes inquiétants, que le chirurgien devra chercher à guérir, en apportant toute son attention dans l'application d'un bandage convenable; mais c'est malheureusement chez les uns comme chez les autres et surtout chez les enfants que ces précautions sont négligées.

M. Biagini rapporte dans le journal intitulé Bull. delle Scienze Med. de janvier 1840, une guérison radicale de hernie obtenue par le procédé de M. Ravin. Ce fait est si intéressant que je crois devoir le mentionner succinctement.

Obs. Broglie, tailleur, âgé de 32 ans. — Hernie inguinale gauche depuis 1837, du volume d'un citron de Naples, rentrant sous la pression en donnant lieu au gargouillement et reparaissant aussitôt qu'on cessait de comprimer le trajet du canal inguinal. On proposa au malade la *chilissochiroraphie* récemment proposée par M. Signorini, ou bien de le soumettre au décubitus horizontal prolongé, aidé de la compression et de quelqu'autre moyen. Le malade se soumit seulement au moyen palliatif, le bandage. Pendant un an et demi la hernie put être contenue et la santé générale de l'individu n'avait pas cessé d'être florissante; mais vers le commencement de 1839, il fut pris d'un rhumatisme articulaire qui l'avait obligé par deux fois de garder le lit pendant plusieurs semaines : survint comme complication une péricardite, ce qui motiva l'emploi des déplétions sanguines et

(1) OEuvres d'Ambroise Paré, 11e édition, Lyon MDCLII, page 197.

l'administration de la digitale à hautes doses. Toutefois la terminaison fut heureuse, et, après trois mois de décubitus horizontal, le malade put reprendre ses anciennes habitudes. Non-seulement il était guéri de son affection rhumatismale, mais sa hernie n'existait plus. Au grand étonnement de M. Biagini, la tumeur ne reparaissait plus, l'étendue de l'orifice externe du canal inguinale gauche était singulièrement rétrécie. Le malade debout pouvait tousser avec force sans qu'aucun des viscères abdominaux tendît à se faire jour à l'extérieur à travers le canal aponévrotique.

Ce fait confirmatif des idées de Ravin paraît à l'auteur italien suffisant pour établir les conclusions suivantes :

1° Qu'il est possible d'obtenir la guérison radicale de quelques hernies par la position horizontale longtemps prolongée.

2° Que cette guérison a lieu par la diminution de la largeur du canal, le retrait de ses parois qui reprennent l'obliquité qu'elles avaient perdue, tous changements matériels qui se produisent en vertu seulement de la force tonique des tissus.

3° Pour que ces tissus aient la force tonique suffisante pour obtenir ce changement désiré, il est nécessaire que les forces physiologiques générales du sujet soient assez énergiques et douées d'une vitalité convenable. D'où il résulte que les vieillards ne pourront être soumis à la méthode de M. Ravin, d'abord à cause de leur faiblesse, et en second lieu par l'impossibilité où ils se trouvent de supporter sans de grands dangers le décubitus horizontal longtemps prolongé ; enfin, que dans les hernies anciennes et volumineuses, les ouvertures par lesquelles les viscères ont fait hernie sont considérablement élargies et les canaux sont réduits à l'état de simple anneau ; d'où résulte l'impossibilité absolue que la force tonique puisse rendre à leur état physiologique des parties aussi profondément altérées.

La guérison que nous venons de mentionner paraîtra d'autant plus extraordinaire que la méthode de M. Ravin a eu à combattre l'état de maigreur dans lequel ce malade devait se trouver à la suite d'une maladie aussi longue, de grandes pertes de sang et de l'action hyposthénisante de la digitale à hautes doses, état qu'on a toujours considéré comme étant cause de hernie chez les personnes qui antérieurement avaient joui d'un certain embonpoint.

Si, par sa position seule, comme nous venons de le voir, on parvient à obtenir de si beaux résultats, à quels succès ne devons-nous pas nous attendre lorsque la compression sera employée concurremment avec elle ? Car lorsqu'un bandage herniaire bien confectionné a été appliqué avec exactitude, non-seulement les ouvertures par lesquelles s'échappaient les viscères se resserrent, le canal reprend son obliquité, mais encore le sac herniaire qui les contenait remonte peu à peu dans la cavité abdominale dont il est une dépendance, c'est-à-dire que la membrane qui le forme cessant d'être violentée, tiraillée par la sortie fréquente de la hernie, revient sur elle-même et rappelle la portion distendue et entraînée au dehors par les organes déplacés.

Le véritable moyen d'oblitérer complétement l'orifice du sac herniaire, de rendre à l'anneau son obliquité et de resserrer ses ouvertures, consiste donc, à appliquer le bandage, non-seulement sur l'ouverture inguinale mais encore sur tout le trajet du canal et sur l'ouverture abdominale. Le retour

de la hernie ne peut en effet être prévenu et la cure ne saurait être radicale qu'autant que la pression portera à la fois sur l'anneau abdominal et sur le canal inguinal.

Les bandages anglais remplissent souvent cette indication, mais il faut que la compression soit faite d'une manière permanente, que le malade porte son bandage jour et nuit, qu'il ne détache pas ses sous-cuisses; car si pendant le cours du traitement, les organes viennent à s'échapper une seule fois, tous les soins antécédents seront nuls et comme non avenus. Il est bon de se prémunir contre le préjugé généralement répandu, que, chez l'enfant, on ne doit pas employer le bandage en acier et qu'il faut chez lui se borner à l'application d'un bandage en toile ou en basin; cette erreur doit donc être réformée, car le bandage en acier peut être porté à tous les âges, et elle serait d'autant plus préjudiciable que c'est dans l'enfance qu'il faut le plus espérer de ce moyen.

On peut donc établir que la compression méthodique et permanente simultanément employée avec la position horizontale et les topiques, à l'exemple d'Ambroise Paré, peut guérir radicalement les hernies; que cette méthode est la plus rationelle, qu'elle n'expose pas le malade à des accidents et qu'elle doit être préférée à toutes celles connues jusqu'aujourd'hui.

Conclusion. De l'examen que nous venons de faire des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies inguinales, il résulte que toutes, si nous en exceptons la compression convenablement pratiquée, doivent être rejetées de la pratique, les unes comme inutiles, insuffisantes ou incertaines, les autres à cause des dangers qui les accompagnent; car nous pensons qu'une opération grave, de la nature de celles qui viennent de nous occuper, c'est-à-dire, une opération accompagnée de dangers et qui peut même compromettre les jours du malade, ne doit jamais être pratiquée pour des affections qui ne sont pas incompatibles avec la vie, et qu'on doit exclusivement la réserver pour des cas graves, pressants, qui mettent les jours du malade en danger. Telle est notre règle de conduite : elle nous paraît devoir être celle de tout médecin, qui, dans ses opérations, ne cherche que l'intérêt de ses malades.

CHAPITRE III.

L'arrêté royal en date du 15 janvier 1821, relatif aux cas de réforme et d'exemption du service militaire, admet, comme étant propres au service, les miliciens porteurs d'une hernie inguinale réductible. Cet arrêté n'a pas été abrogé par le gouvernement belge et il continue à être mis en vigueur dans notre armée.

Sous l'empire français, cette affection n'était pas non plus un cas d'exemption. A cette époque, on conçoit qu'une pareille mesure pouvait avoir lieu; cette grande puissance avait alors à soutenir une guerre contre toute l'Europe coalisée; pour faire face à tous les événements, il fallait de nombreuses armées; les pertes étaient grandes, et, pour les réparer, les levées d'hommes se succédaient avec une rapidité effroyable, on n'avait pas comme au-

jourd'hui la faculté de faire un choix parmi les recrues. Alors aussi les médecins militaires ne se trouvaient pas dans la position de pouvoir apporter une grande attention sur les soldats atteints de hernies, les nombreux accidents causés par la poudre à canon absorbaient toute leur attention et occupaient tous leurs moments. Mais depuis que la France est rentrée dans l'état de paix, ou plutôt depuis que cette puissance ne fait plus la guerre sur une aussi grande échelle, les médecins français se sont trouvés à même de pouvoir s'occuper plus particulièrement des hommes atteints de hernies, et c'est surtout pendant la campagne d'Espagne, en 1823, qu'ils ont eu l'occasion de se convaincre qu'un militaire atteint d'une hernie, ne peut se livrer aux marches forcées, aux exercices un peu prolongés et qu'il est impropre au service actif. Ils soumirent alors leurs observations au gouvernement qui s'empressa de prendre un arrêté qui exempta du service les hommes porteurs de hernies.

J'ignore si, sous le gouvernement des Pays-Bas, les médecins militaires ont beaucoup insisté pour obtenir cette réforme dans l'armée. M. le chevalier de Kirckhoff, d'Anvers, ex-chirurgien-major aux armées françaises, médecin très-distingué, qui s'est spécialement occupé de tout ce qui a rapport à la santé du soldat, dit dans son Hygiène militaire, « qu'une hernie même réductible devrait exempter du service militaire; car un homme qui a une hernie ne convient pas pour être soldat; il ne peut pas bien se plier aux exercices et résister aux fatigues inséparables du métier des armes. Tous les médecins militaires partagent cet avis. » Quoi qu'il en soit, cette observation n'eut aucune suite et le gouvernement continua à recevoir dans l'armée des hommes atteints de hernies réductibles. Peut-être le motif en est-il dans la grande fréquence de ces affections en Hollande, contrée froide et humide qui donne aux habitants une constitution molle et lâche, cause si puissante de ce genre de maladie. Mais nous ne voyons aucune raison qui autorise, pour notre pays, la continuation de la mise en vigueur de l'arrêté royal du 15 janvier 1821, car, d'un côté, nous n'avons ni guerre à soutenir, ni armée nombreuse à entretenir, et, la position politique qu'on nous a faite, permet de faire un bon choix parmi les hommes qui se présentent aux conseils de recrutement; de l'autre, les cas de hernie ne sont guère aussi nombreux ici qu'ils le sont en Hollande; nous ne croyons même pas qu'ils le soient plus qu'en France. Nous voudrions, en conséquence, voir modifier la disposition réglementaire au sujet des hernies; nous désirons vivement dans l'intérêt de ces derniers, dans l'intérêt de l'armée et du pays même, voir ces hommes complétement libérés et exemptés du service militaire.

Voyez-les en marche, chargés du poids du fourniment et du bagage (armes, effets de linge et chaussure, vêtements supplémentaires et quelquefois objets de campement), ils souffrent, se plaignent et sont toujours éloignés du reste du corps; et pour peu que les marches se prolongent, force est de les abandonner dans les hôpitaux. En 1824, en nous rendant de Venloo au camp de Mechelen avec le 2e bataillon de la 14e afdeeling, nous fûmes obligés, dans les trois journées de marche que nous eûmes à faire, de laisser trois hommes en arrière parmi lesquels se trouvaient deux hernieux.

L'homme atteint de hernie est très-sujet à éprouver divers troubles fonc-

tionnels. Il accuse un sentiment de faiblesse, de la douleur avec redoublement dans les changements de temps et surtout dans les temps humides. La hernie, pour lui, est un aussi bon baromètre que le rhumatisme, ou la cicatrice des moignons pour les opérés. Elle est alors plus difficile à contenir, et tel bandage, qui était efficace par un temps sec, est insuffisant dans les temps d'orage: Il paraît aussi que les étranglements sont plus fréquents dans les circonstances signalées, et, comme les bandages que portent les soldats ne sont pas toujours de première qualité, qu'ils n'en ont qu'un, que souvent ils sont mal appliqués et maintiennent difficilement la hernie, il en résulte que ces malheureux éprouvent des coliques sourdes, du météorisme, des éructations, un malaise physique et intellectuel, une pesanteur de ventre, de la douleur et des tiraillements à l'épigastre, aux lombes et tous les accidents de mauvaises digestions. En tout temps aussi, le hernieux doit être soumis à un certain régime : plusieurs aliments lui sont nuisibles, les légumes et particulièrement les haricots, les choux, etc., déterminent chez lui une accumulation de gaz qui l'oppressent et rendent sa digestion très-laborieuse; de là la nécessité pour lui d'une alimentation animale. Comment sera-t-il possible à un soldat de faire ce choix d'aliments, lorsqu'il sera exposé à des fatigues de toutes espèces, à des privations, à des intempéries de saisons et de climats et à une infinité d'autres causes morbides? Mais l'influence d'une hernie ne se borne pas aux viscères abdominaux : elle s'étend aux forces physiques et morales. Elle ne permet plus à l'homme qui la porte de rassembler toute sa puissance musculaire. Pour faire un effort, il perd haleine, il se trouve tout à coup arrêté dans ses tentatives, tous ses mouvements sont gênés et exécutés avec peine, il devient craintif et pusillanime. C'est ainsi qu'on voit souvent l'ouvrier dans la pénible obligation d'abandonner son métier et de chercher un autre genre de travail souvent moins lucratif. Les tourneurs, les serruriers, les menuisiers ne peuvent plus travailler debout, les musiciens qui se servent d'instruments à vent doivent y renoncer, les forts de la halle ne peuvent plus porter que la moitié des fardeaux qu'ils portaient auparavant. Que doit donc éprouver le soldat dans les attitudes et les progressions diverses auxquelles l'astreint la profession des armes! Dans ces positions souvent forcées, ayant le haut du corps en avant, le ventre tendu, les buffleteries sur la poitrine et le havresac sur le dos, qui gênent les mouvements des muscles du thorax et l'obligent à respirer du ventre; dans l'agenouillement du feu de deux rangs, dans les marches forcées, dans les courses en tirailleurs, les sauts, les chutes, dans les exercices à pieds, les jambes largement ouvertes, le sabre ou la lance à la main et simulant la position à cheval, dans l'équitation avec ou sans étriers, au trot ou au galop, les conversions de droite ou de gauche, l'action de monter et descendre de cheval lorsqu'il est en pleine course comme cela se pratique dans l'artillerie légère, etc., ces différentes positions et ces différents mouvements ne peuvent s'exécuter sans dilater et élargir l'anneau inguinal, sans que les viscères repoussent la pelote du bandage herniaire et sans être cause fort souvent d'étranglement. Il est donc impossible à l'homme qui se trouve atteint d'une hernie de se plier aux exercices et de résister au métier des armes, et, nous oserions même, au point où l'on est arrivé aujourd'hui dans la

connaissance des hernies, qualifier d'inhumaine l'application de l'arrêté royal du 15 janvier 1821.

Un écrivain a dit que la puissance qui, ne s'attachant point à avoir un grand nombre de soldats, s'efforcerait d'en avoir de bons, s'enrichirait pendant la paix et se couvrirait de gloire pendant la guerre. Cette maxime s'applique complétement à la circonstance.

MÉMOIRE SUR L'AVORTEMENT;

Par J.-P. HOEBEKE, membre de plusieurs sociétés savantes.

(Suite, voir cahier de juillet, page 201).

De l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice.

L'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice ou dans son voisinage, est une autre cause qui produit souvent la mort de l'enfant et l'avortement; en outre elle occasionne assez fréquemment la mort de la mère. La fréquence et la gravité des accidents qui résultent de cette disposition méritent de notre part un examen particulier, j'entrerai donc dans quelques détails sur ce sujet.

L'insertion du placenta sur l'orifice utérin ou près de ce lieu, constitue aussi une des complications des plus graves qui puisse se présenter durant la grossesse. Comme je viens de l'énoncer ce n'est pas seulement la mort de l'enfant et son expulsion prématurée que l'on doit craindre, mais aussi la mort de la femme qui est souvent le résultat des hémorrhagies abondantes et souvent répétées qui ont presque toujours lieu dans ces circonstances.

L'implantation du placenta sur le col de la matrice se rencontre assez fréquemment, c'est elle qui est souvent la cause des pertes accidentelles qui surviennent après le cinquième mois de la gestation. Rigby l'a observé 42 fois sur 63 exemples d'hémorrhagies. Madame La Chapelle, dit même que l'hémorrhagie utérine qui survient dans les trois derniers mois de la grossesse ne reconnaît presque pas d'autre cause, enfin Burns, n'hésite pas à soutenir que les deux tiers des hémorrhagies abondantes tiennent à l'insertion du placenta sur le col, et que l'autre tiers s'explique par l'attache de ce corps dans le voisinage de l'orifice.

Cette situation anormale du placenta ne donne pas lieu aux pertes sanguines dès les premiers temps de la gestation, ce n'est que vers le cinquième mois qu'elles commencent à se manifester, d'abord assez légères et à des époques plus ou moins éloignées, elles augmentent et se rapprochent à mesure que la grossesse marche vers son terme; c'est ordinairement entre le septième et huitième mois qu'elles déterminent l'avortement, ou que l'abondance de la perte oblige l'accoucheur à extraire l'enfant pour sauver la mère.

C'est la rupture des vaisseaux utéro-placentaires qui donne lieu à l'hémorrhagie, la déchirure de ces vaisseaux résulte de la dilatation plus rapide de la partie inférieure de la matrice, qui a lieu à cette époque de la grossesse, et que le placenta ne peut suivre au même degré.

Pour bien comprendre le mécanisme par lequel s'opère dans ces cas la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, il est nécessaire de se rappeler

que l'utérus et le placenta accolés l'un à l'autre ne se développent pas d'une manière égale et uniforme pendant tout le cours de la grossesse. Le placenta, pour se prêter à l'ampliation de l'utérus jusqu'à son plus grand développement, commence à une certaine époque à s'étaler de son centre vers sa circonférence pour suivre la portion de l'utérus sur laquelle il est implanté; il commence alors à s'amincir, les scissures qui séparent ses lobes tendent graduellement à s'effacer et à se mettre de niveau avec ces mêmes lobes; ceux-ci isolés les uns des autres, rendent plus facile cet élargissement mécanique du placenta. Pour être convaincu de la réalité de cet effet, il suffit d'avoir vu, sur quelques utérus développés et non revenus sur eux-mêmes, le placenta encore adhérent, ou seulement la surface qu'il occupait qui est près d'un tiers plus grande que le placenta qui le recouvrait, celui-ci gagne en épaisseur ce qu'il a perdu en largeur, c'est pour cela que les sillons interlobaires sont si profonds après le décollement et l'expulsion du délivre à terme. Cet élargissement mécanique du placenta, se faisant d'une manière lente, graduelle et coïncidant avec son accroissement réel, les vaisseaux utéro-placentaires peuvent suivrent ce déplacement sans se déchirer quoiqu'ils soient tendus comme le placenta lui-même. Le développement des diverses parties de l'utérus n'étant pas simultané mais successif, et s'opérant dans l'ordre suivant : 1° développement du fond et des parties qui en sont les plus voisines; 2° développement du reste du corps et du col. Il en résulte que, lorsque le placenta est inseré au fond de l'utérus ou sur les parties les plus élevées du corps, l'élargissement et l'extension mécanique du placenta commence de très-bonne heure pour se continuer jusqu'au terme de la grossesse, et s'opère par conséquent d'une manière très-lente qui ne l'expose pas à des décollements partiels et à la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires. Lorsqu'au contraire il s'inserre sur la partie inférieure du corps, sur le bord de l'orifice ou sur l'orifice utérin lui-même; cette partie de la matrice ne commençant à se développer qu'à une époque très-avancée de la grossesse et à peu près en même temps que le col lui-même, la dilatation de cette partie de l'utérus est très-rapide, dans un espace de temps très-court, et la partie correspondante du placenta est presqu'inévitablement décollée; delà, la fréquence des hémorrhagies dans les cas d'insertion du délivre au voisinage ou sur le col de la matrice.

Les pertes fréquentes qui surviennent dans ces circonstances et qui en effet, ont presque toujours lieu, ont fait dire à quelques auteurs qu'elles étaient inévitables; cependant on a observé des cas d'insertion du placenta sur le col, et surtout près du col, et qui n'ont pas été accompagnés d'hémorrhagie; dans d'autres l'hémorrhagie a été peu fréquente et fort légère. Mais il est vrai aussi que dans le plus grand nombre, si l'avortement n'en est pas le résultat, ce n'est qu'avec les plus grandes peines et les soins les mieux ordonnés que la grossesse peut arriver à son terme naturel.

Il y a à peine un siècle que les accoucheurs croyaient encore généralement que le placenta s'attachait toujours au fond de la matrice. Cette opinion était due principalement à Ruysch qui avait cru découvrir en cet endroit de l'utérus, un muscle particulier destiné à expulser le placenta. Deventer, à qui l'obstétricie doit tant de reconnaissance pour avoir décrit le premier les obliquités de la matrice, adopta le sentiment de Ruysch, le soutint envers et

contre tous, même contre l'évidence. Dès-lors cette opinion fut celle de tous les accoucheurs, et, lorsqu'ils trouvaient le placenta sur les côtés de l'utérus ou sur son orifice, ils croyaient qu'il s'était détaché du fond, et avait glissé jusqu'à l'endroit où ils l'avaient rencontré, et qu'une lymphe plastique le collait alors à la matrice dans ce lieu.

Les observations d'Armand, Lamotte, Mauriceau, Peu, Viardel, etc., prouvent que ces auteurs ont rencontré des placentas attachés ailleurs qu'au fond de la matrice ; mais soit par prévention, soit qu'ils ne l'aient point reconnu, soit qu'ils n'y aient pas prêté une attention suffisante, ils ne se sont pas expliqués assez clairement dans les relations qu'ils ont données de ces cas, pour qu'ils paraissent avoir été entièrement convaincus de leur réalité. Levret s'aperçut bientôt de la fausseté de cette opinion, en consultant les faits rapportés par ceux de ses prédécesseurs et de ses contemporains que nous venons de citer, par des observations de Portal, Guyot, et par les faits qu'il eut occasion d'observer dans sa pratique particulière. Il combattit dès-lors l'opinion de Ruysch et Deventer sur le lieu de l'attache du placenta ; il prouva que le délivre pouvait adhérer à tous les points de la cavité utérine, aussi bien sur les parties latérales, en avant ou en arrière, sur son col, qu'au fond de cet organe. Il alla plus loin, et posa en principe, que l'attache latérale de l'arrière-faix était la cause déterminante de l'obliquité de l'utérus, opinion qui était contradictoire à celle de Deventer, lequel considérait cette circonstance comme due à la pesanteur et au plus grand développement du fond de l'utérus.

Dès que Levret eut émis son opinion, sur le lieu de l'attache du placenta, plusieurs observations lui furent envoyés qui confirmaient ce qu'il avait avancé. Depuis lors, de nombreuses observations sont venues mettre ce point de l'art des accouchements hors de doute, et les accoucheurs ont si souvent occasion de s'en convaincre qu'on est étonné qu'il ne fut reconnu qu'à une époque si rapprochée de nous, et que des hommes aussi éminemment savants dans l'art des accouchements, comme Ruysch, Deventer, etc., aient pu soutenir une opinion contraire.

Les résultats des fréquentes et abondantes pertes de sang qui ont lieu dans ces cas, sont l'épuisement de la femme et du fœtus, épuisement qui peut aller jusqu'à occasionner la mort de l'un et de l'autre, mais plus souvent du dernier, de disposer le col utérin à se dilater et donner ainsi lieu à l'avortement, lorsqu'elles n'obligent pas l'accoucheur à extraire l'enfant pour sauver la vie à la mère.

Ce que je viens de dire de l'implantation du placenta sur le col de la matrice, suffira sans doute pour prouver que cette circonstance est une des causes principales de l'expulsion prématurée du fœtus, qu'elle en est une des plus fréquentes et des plus dangereuses.

L'attache du placenta sur le col utérin est probable lorsque l'écoulement du sang ne se manifeste que vers le cinquième mois de la grossesse, lorsqu'il s'écoule d'abord en petite quantité et s'arrête de lui-même, pour reparaître avec plus d'abondance une ou deux semaines après, lorsque l'hémorrhagie survient sans causes appréciables et sans signes avant-coureurs, et revient à des époques d'autant plus rapprochées et est d'autant plus abondante, que la grossesse est plus avancée. Dans cette espèce de perte, lors du

travail, le sang sort surtout pendant les contractions de la matrice et non pas pendant leurs intervalles comme dans les autres espèces de perte. Lorsqu'elle se déclare de bonne heure, le sang ne s'écoule qu'en petite quantité, la femme ne s'épuise que lentement. Les membres s'œdématient, il survient de la bouffissure au visage, les lèvres pâlissent et la peau devient d'un jaune-blafard, couleur de cire dans toute son étendue. Ces signes quoique rationels peuvent ne pas se rencontrer dès le commencement de l'hémorrhagie. Aussi est-il nécessaire pour en acquérir la certitude de recourir au toucher. Dans ces cas l'orifice de la matrice est ordinairement très-mou, et plus ou moins dilaté; à la place des membranes on sent un corps spongieux engagé comme le serait la pointe d'un cône à large base, dans la partie supérieure du col. On doit éviter de prendre un caillot sanguin pour le placenta et se souvenir que le toucher ne doit pas être pratiqué sans nécessité, parce que ce genre d'exploration est susceptible de rappeler l'hémorrhagie en détruisant les concrétions à l'aide desquelles l'organisme était parvenu à la suspendre.

Les indications que nécessitent cette complication ou celles qui sont propres à la prévenir sont les mêmes que celles employées pour combattre les autres hémorrhagies utérines; la saignée générale dans les commencements est répétée plus ou moins selon que la femme est forte et pléthorique, le repos absolu, la position horizontale, le séjour dans un atmosphère tempéré et plutôt froid que chaud. Le tampon offre dans ces cas bien plus d'avantages que si le sang venait du fond de l'utérus et n'expose pas à rendre la perte interne, mais le moyen qui m'inspire le plus de confiance et qui m'a procuré le plus de succès, sont les injections froides et astringentes tant recommandées par M. le docteur Kock (1) de Bruxelles, et qui jointes aux autres moyens permettent parfois d'amener la grossesse à son terme. Les remèdes internes autres que les boissons froides et acidulées ne sont dans ces cas d'aucune utilité. Le seigle ergoté seul devient quelquefois nécessaire, mais seulement lorsque l'expulsion de l'enfant est devenue la seule resource pour arrêter l'écoulement du sang.

Des signes de l'avortement.

Les nombreuses causes d'avortement que je viens d'examiner produisent rarement cet accident lorsque l'une d'elles agit seule, le plus souvent quoique ce soit l'une des causes des plus actives et de celles que les auteurs ont nommées efficientes, elle doit se répéter fréquemment ou se continuer pendant un certain temps pour parvenir à éveiller l'action de l'utérus et déterminer ainsi l'expulsion du fœtus. Mais dès qu'il existe une des causes dites prédisposantes, la cause efficiente la plus légère pourra y donner lieu. De plus, les causes prédisposantes suffisent souvent seules par leur continuité d'action pour l'opérer, aussi les regarde-t-on comme les plus dangereuses. Quelquefois l'avortement survient sans qu'il y ait aucune cause

(1) Actes de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Bruxelles.

prédisposante ou efficiente appréciable, dans ces cas l'avortement dépend presque toujours d'une altération du fœtus ou de ses dépendances. On a vu aussi plusieurs fois de véritables épidémies d'avortement, il est probable que dans ces cas . un état particulier de l'atmosphère en était la cause.

L'avortement arrive parfois instantanément et sans être précédé d'aucun signe, mais ordinairement il s'annonce comme la plupart des maladies par des symptômes précurseurs. La plupart des fœtus abortifs ayant cessé de vivre plus ou moins longtemps avant leur expulsion, les signes de la mort de l'enfant seront d'un grand secours pour diagnostiquer un avortement prochain. Il est donc nécessaire et utile de bien se pénétrer des signes qui peuvent faire reconnaître que le fœtus a cessé de vivre. La femme éprouve alors, ordinairement, pendant un ou plusieurs jours des frissons, des horripillations, de la chaleur à la peau, il y a de la soif, de l'inappétence, fréquemment de la vélocité dans les mouvements du cœur et des artères, de la pesanteur dans le bassin, sur le fondement, vers les lombes et une lassitude générale des membres comme au début d'une maladie grave. La femme est triste, abattue, il survient des lypothimies, des syncopes; elle éprouve un sentiment de froid dans le bas-ventre, le visage est pâle, l'haleine est souvent fétide, les seins deviennent flasques, le ventre s'affaise, et se déjette d'un côté et d'autre suivant la position de la femme. Ces signes sont souvent précédés de mouvements tumultueux du fœtus qui dénotent les convulsions de son agonie, à une époque avancée de la grossesse l'auscultation peut fournir les signes les plus probables sur la vie ou la mort de l'enfant. La réunion de ces signes donneront à l'accoucheur l'assurance de la mort de l'enfant; dès-lors, il pourra annoncer avec certitude un avortement prochain. Car, comme je l'ai dit plus haut, si l'enfant après sa mort peut séjourner encore pendant longtemps dans la matrice, jusqu'au terme de la grossesse ou même au-delà, ces cas ne sont que des exceptions à la règle générale.

Quelques-uns des symptômes que je viens d'énumérer comme indiquant la mort du fœtus, précèdent ordinairement l'établissement du travail de l'avortement, quoique l'enfant soit encore vivant. Lorsqu'à ces signes viennent se joindre une hémorrhagie plus ou moins abondante, des douleurs aux lombes qui se propagent vers le bas-ventre et l'anus, lorsque par le toucher on sent que le col de la matrice s'efface, qu'il commence à se ramollir et s'entr'ouvre, on reconnaît que le travail du part prématuré est établi. Si alors les douleurs lombaires augmentent en forces et se rapprochent, si l'orifice utérin se dilate de plus en plus, si l'on sent la poche des eaux se former, et surtout si celle-ci vient à se rompre et laisse écouler les eaux de l'amnios, on reconnaîtra que l'avortement est inévitable et se fera sous peu.

Chacun de ces signes en particulier n'est que de peu de valeur pour pronostiquer un avortement prochain, mais la réunion de tous ou de plusieurs peut donner l'assurance la plus complète que l'expulsion du fœtus est prochaine et inévitable. Cependant on a vu dans quelques cas où le travail du part était déjà établi, celui-ci s'arrêter, tous les signes de l'avortement disparaître successivement, et la grossesse arriver heureusement à son

terme pour la mère et pour l'enfant. Ces cas sont des heureuses exceptions qu'il est bon de citer, mais qui ne peuvent être prises pour règle.

Plusieurs des principaux symptômes de l'avortement peuvent se manifester sans que pour cela cet accident ait lieu, ou ils peuvent être confondus avec les signes d'autres affections. C'est ainsi que l'hémorrhagie utérine n'est pas constamment suivie de l'expulsion de l'embryon comme le prouvent les observations de plusieurs auteurs, tels que Mauriceau, Raymond, Deboër, Puzos, Flamant, Negèle, Stoltz, Deubel, etc. Le sang que les femmes perdent pendant la grossesse peut aussi provenir du vagin et non de la matrice. Quoi qu'il en soit, chaque fois qu'une hémorrhagie se manifeste pendant la grossesse et qu'on s'est bien assuré que le sang provient de la matrice on doit justement craindre l'avortement, et chercher par tous les moyens possibles à l'arrêter et à prévenir son retour; l'hémorrhagie qui résulte d'une exudation sanguine du vagin est sans doute bien moins dangereuse, elle peut au contraire être souvent favorable et suppléer avantageusement aux déplétions sanguines que nécessite parfois l'état de pléthore générale ou locale de la mère. Mais si cette hémorrhagie est abondante elle peut aussi avoir pour résultat l'épuisement et la mort de la mère et de l'enfant, elle mérite donc de fixer l'attention du praticien et ne doit pas être perdue de vue.

Les coliques, les douleurs néphrétiques ou les douleurs utérines que l'on observe quelquefois pendant les menstrues, peuvent être prises pour de véritables douleurs de parturition annonçant l'avortement. Mais si le praticien les observe avec attention, il reconnaîtra bientôt leur nature, et les distinguera facilement des véritables douleurs de l'accouchement qui reviennent à des distances plus ou moins rapprochées, se dirigent vers le bassin et le fondement, à ce que pendant leur durée le globe utérin devient plus ferme, diminue de volume, et qu'au toucher on sent le col de la matrice s'entr'ouvrir à chacune d'elles.

Lorsqu'un fluide aqueux sort du col utérin pendant la gestation ce n'est pas toujours une preuve que la poche amniotique est rompue, et qu'elle laisse écouler le fluide que contient sa cavité. Ce signe se présentant seul n'a que peu de valeur, parce que le liquide peut provenir de la cavité alantoïde, comme je l'ai exposé dans mon mémoire sur l'hydrométrie en parlant de l'hydrallante. Cet écoulement peut même se répéter plusieurs fois pendant le cours de la grossesse sans nuire à l'enfant, comme j'en ai cité un exemple. Le liquide peut aussi provenir de la rupture d'une ou plusieurs hydatides. Je répèterai ici ce que j'ai dit dans le travail que je viens de citer sur les signes qui peuvent faire reconnaître si les eaux viennent de la cavité de l'amnios ou de l'allantoïde. « Lorsque les eaux viennent de l'amnios » cet écoulement est précédé d'effusion de sang, de douleurs utérines, » souvent de fièvre et de frissons, il est suivi d'une réduction considérable » du volume de l'utérus, d'un décroissement de ce viscère, de contractions » renouvellées, de ramollissement du col et de dilatation aux orifices internes » et externes. Dans l'hydrallante, au contraire, l'écoulement a lieu sans » prodrômes, l'eau est pure et à peine sanguinolente, il n'y a ni douleurs, » ni réductions dans le volume de l'utérus, la quantité de liquide qui s'écoule est toujours minime, dépasse rarement deux à trois onces. » J'ajou-

terai que l'écoulement aqueux qui provient de la rupture des hydatides est plus difficile à distinguer de celui qui provient de l'allantoïde, ce n'est que lorsque quelques-uns de ces vers vésiculaires s'échappent en même temps que le liquide, qu'on peut en reconnaître la véritable source.

Lorsque les eaux proviennent de la cavité de l'amnios il me semble impossible que l'avortement n'en soit pas le résultat, et je ne crois pas plus que M. Velpeau à une observation qu'on a avancé dans ces derniers temps et que cet auteur a consignée dans son Traité d'accouchements. C'est celle d'une femme enceinte de six mois, chez qui la poche s'est formée, puis rompue, l'enfant s'est engagé dans le vagin, après quoi le travail s'est arrêté, le fœtus a repris sa position et la grossesse son cours naturel. Quelqu'extraordinaire que paraisse ce cas, il n'est encore rien en comparaison d'une observation de M. Haine, et que M. Velpeau rapporte également; il a vu, dit-il, un enfant, dont la tête était déjà sortie, et qui a fini par rentrer dans l'utérus; il ne manque plus en vérité que de voir un enfant rentrer dans l'utérus après en avoir été entièrement expulsé. Après les observations que je viens de citer, on ne doit désespérer de rien. De pareilles absurdités ne méritent pas d'être conservées, à moins qu'on ne fasse les mille et une nuits gynécologiques.

En résumé, je dirai donc que l'écoulement du sang d'une matière brunâtre ou de sérosité; le ramollissement du col, la formation de la poche des eaux, la rupture des membranes, avec des douleurs qui se dirigent de l'ombilic vers l'excavation, forment les signes les plus concluants de l'avortement.

L'avortement a lieu par le même mécanisne que l'accouchement à terme. Les douleurs utérines se développent sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes que j'ai désignées plus haut, quelquefois sans aucune cause appréciable, elles se dirigent de son fond vers son col; celui-ci se ramollit, s'efface et s'entr'ouvre; l'ovule est ordinairement expulsé en entier si c'est dans les premiers mois de la grossesse. Si au contraire l'avortement survient plus tard, la poche des eaux se forme comme dans l'accouchement à terme, se rompt, les eaux s'écoulent et le fœtus est alors expulsé le premier puis ses annexes. La différence qui résulte de ce que l'œuf est expulsé en entier dans les premiers temps de la gestation tandis que plus tard il suit toutes les phases de l'accouchement à terme, résulte de son volume plus considérable dans ce dernier cas. On a vu cependant l'œuf être expulsé en entier à une époque avancée de la grossesse, et même à son terme, comme Dimerbroeck en rapporte un exemple, M. Velpeau en a vu de six mois révolus être expulsés intacts; MM. Larey et Eyraud en ont vu à cinq mois et demi, Stoltz à cinq, Siebold à sept, Marson à huit mois de grossesse l'œuf être expulsé en entier. J'ai rencontré aussi deux cas où l'œuf a été expulsé en entier au sixième mois de la grossesse.

Lorsque l'avortement arrive dans les premiers temps de la grossesse, si l'œuf vient à se rompre, le travail est alors bien plus long et plus difficile; la matrice sera obligée à plus d'efforts, parce que le volume du corps sur laquelle elle doit agir afin de l'expulser, offre trop peu de prise. Ces efforts plus longs et plus considérables de la matrice, pour se débarrasser dans ces cas, du fruit de la conception, augmentent d'autant plus les dangers de l'avor-

tement, et disposent ou déterminent d'autant plus l'inflammation de cet organe, que ce travail vient hors le temps naturel et lorsque l'utérus n'y est pas disposé.

Du pronostic de l'avortement.

Quelle que soit l'analogie qui existe entre l'avortement et l'accouchement à terme, il y a néanmoins une grande différence entre ces deux états; en effet, le premier constitue une véritable maladie, tandis que le second est un acte normal, l'accomplissement d'une fonction naturelle. Cette différence doit nécessairement faire naître l'idée que l'avortement, toute chose égale d'ailleurs, est plus dangereux que l'accouchement à terme. C'est ce que le talent observateur d'Hippocrate lui avait déjà fait découvrir, c'est aussi ce qui est reconnu par tous les auteurs. Ce n'est pas l'acte de l'expulsion prématurée qui par lui-même est grave; mais il le devient par les causes qui le provoquent, parce que les accidents qui l'accompagnent, constituent souvent des affections fâcheuses, parce que la grossesse qu'il termine peut rappeler dans les organes génitaux le germe de lésions qu'on n'y soupçonnait pas, ou qui n'auraient peut-être jamais reparu sans lui. Si on observe quelquefois à sa suite différentes névroses, des douleurs hypogastriques, des métrites chroniques, des ulcères, des dégénérescences et toutes sortes de maladies organiques du système utérin, cela dépend aussi souvent de ce que ces altérations existaient d'avance, qu'à cause de l'avortement lui-même; à moins cependant que celui-ci n'ait été produit par des causes mécaniques. On concevra donc que le pronostic de l'avortement doit varier selon les circonstances qui l'ont précédé ou qui l'accompagnent. Les avortements qui sont le résultat des maladies de l'œuf sont les moins dangereux; ceux qui sont produits par une cause occasionnelle violente et sans être aidés par une cause prédisposante, sont les plus graves; les dangers de cet accident sont aussi relatifs à la violence de l'hémorrhagie qui le précède, qui l'accompagne ou qui le suit. Il résulte de ce que je viens de dire, que cet accident est d'autant moins dangereux qu'il s'effectue avec plus de lenteur, que celui qui est spontané est moins redoutable que celui qui est forcé, qu'il l'est d'autant moins que la grossesse est plus avancée, parce que plus la gestation est près de son terme, plus la matrice est disposée à entrer en action, et son orifice à se dilater. Ce que je viens de dire des dangers de l'avortement se rapporte uniquement à la femme, car pour l'enfant il est le même à quelqu'époque de la grossesse qu'il arrive, à moins que ce ne soit vers la fin de la gestation et que son expulsion ne soit le résultat d'une cause active ou mécanique.

L'avortement est surtout funeste pour la femme, comme l'a remarqué fort bien Mauriceau, lorsqu'il survient pendant le cours d'une maladie aiguë. C'est avec raison qu'on s'en effraye, lorsqu'on en voit les symptômes survenir chez une femme atteinte d'une fièvre grave, d'une inflammation viscérale, d'un érysipèle à la face, d'une variole, d'une rougeole, etc., fut-ce vers la fin de la maladie et lorsque la convalescence se prépare; car la mort de la mère en est presque toujours la suite. M. Velpeau en a eu deux fois la triste expérience, l'une de ces malades était à la période de desquamation,

d'un érysipèle ambulant lorsque l'avortement se déclara ; l'autre était descendue des salles de médecine dans le service de chirurgie pour des abcès sous-cutanés, suite de variole. M. Serres, sur plus de vingt cas d'avortement pendant la petite-vérole n'a vu aucune femme s'en relever. J'ai eu souvent occasion d'observer la même chose chez des femmes atteintes de fièvres typhoïdes ; il y a quelques mois seulement que j'en ai observé encore un cas.

Obs. — Une jeune dame, mère de plusieurs enfants, et enceinte de cinq mois, eut une fièvre typhoïde ; vers le dix-huitième jour on remarqua une amélioration qui fit naître l'espoir de la conserver ; à cette époque l'avortement survint, bientôt des symptômes nerveux se déclarèrent, une péritonite vint s'y joindre, et, malgré les soins les mieux ordonnés, la malade succomba peu de jours après l'expulsion du fœtus. Je ne fus appelé qu'après l'avortement et lorsque les symptômes nerveux étaient arrivés à leur plus haute période.

C'est surtout pendant l'épidémie de grippe qui nous a visité durant l'hiver de 1836 à 1837, que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer le danger de l'avortement pendant le cours de cette maladie. La plupart des femmes enceintes, chez qui cette maladie se déclara, avortèrent et toutes celles chez qui cette complication eut lieu, succombèrent ; j'ai eu ainsi la douleur de voir mourir plus de vingt femmes. Quelques-unes aussi sont mortes sans avorter et celles-là avaient en général des affections chroniques de la poitrine, les autres guérissaient souvent avec facilité lorsque l'avortement ne survenait pas.

L'avortement a aussi une influence fâcheuse sur le cours de quelques affections chroniques, elle est surtout évidente dans la phthisie. Cette maladie comme je l'ai dit précédemment, reste souvent stationnaire pendant la grossesse, mais lorsque l'avortement a lieu ses progrès sont d'une rapidité effrayante. Il est vrai qu'on remarque la même chose lorsque l'accouchement a lieu à terme mais cependant à un moindre degré.

Lorsque le col utérin est naturellement souple et relâché, en même temps que le reste de la matrice conserve la densité ordinaire, l'avortement est tout à la fois plus facile et moins dangereux pour la mère, que dans les cas contraires. Il peut même se terminer aussi avantageusement que la parturition la plus simple, lorsqu'il est produit par un molimen bien prononcé, et lorsqu'il n'existe pas de complication. Mais comme cet effort hémorrhagique n'est assez souvent que le symptôme ou le premier degré d'une inflammation plus ou moins étendue, on a lieu de craindre (surtout lorsqu'il s'y joint de la fièvre), une métrite, une péritonite aiguë, ou quelqu'autre phlegmasie non moins dangereuse.

L'avortement offre surtout des dangers par l'hémorrhagie qui l'accompagne presque toujours, et qui met la femme dans un tel état de faiblesse que si elle n'y succombe pas, elle reste au moins pendant longtemps, si non pas toujours, dans un état valétudinaire propre à favoriser le développement d'autres maladies. C'est surtout dans les cas d'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus que l'on a ces suites à craindre.

Une autre circonstance peut rendre les suites de l'avortement funestes, c'est le séjour prolongé de l'arrière-faix dans l'utérus après l'expulsion du fœtus, surtout lorsqu'il arrive dans les premiers temps de la grossesse.

A cette époque de la gestation, les attaches du placenta à l'utérus sont plus solides, les efforts de la matrice sont moins efficaces pour en opérer le décollement, le cordon est trop délicat et trop faible pour que l'accoucheur aide à la délivrance en tirant sur lui, et le col utérin et la matrice sont trop peu développés pour qu'il puisse l'opérer en introduisant sa main dans la cavité de ce viscère. Aussi n'est-il pas rare de voir dans ces cas, le placenta séjourner dans la matrice après l'expulsion du fœtus pendant un temps assez long, donner lieu à des hémorrhagies considérables, et à tous les accidents qui résultent du séjour prolongé du délivre dans la cavité utérine.

On ne peut pas oublier que l'avortement est encore à craindre, parce qu'il laisse ordinairement à sa suite des dispositions à des avortements subséquents.

Quoi qu'il en soit, des auteurs ont prétendu que l'avortement pouvait avoir des avantages, par exemple, régulariser les menstrues ou rappeler la fécondité. Il est évident que la menstruation se régularisera bien plutôt après l'accouchement à terme, et que par le fait même de la grossesse, la femme n'était point stérile. M. Velpeau dit qu'il ne conçoit qu'un seul cas où l'avortement puisse être de quelqu'avantage à force de se reproduire; c'est lorsque l'utérus est trop peu perméable et trop dense pour se dilater en proportion des besoins de l'œuf, alors un premier avortement doit diminuer un peu de cette rigidité anormale; un second la diminue plus fortement encore, enfin un troisième ou un quatrième peut en triompher complétement, et l'accouchement à terme devenir à la fin possible.

Du traitement de l'avortement.

Le traitement de l'avortement est sans aucun doute un des plus complexes; en effet, comment pourrait-il en être autrement, lorsqu'on considère le grand nombre et la variété des causes qui peuvent y donner lieu? Pour éviter la confusion qui résulterait de l'exposition successive de tous les moyens qui ont été conseillés pour s'opposer à cet accident, pour en combattre les suites, ou qui ont été indiqués contre quelques-unes des causes qui le produisent; il est nécessaire de suivre une marche régulière. A cette fin je diviserai le traitement de l'avortement en trois sections distinctes. La première destinée principalement à prévenir l'expulsion prématurée du fruit de la conception, indiquera les moyens propres à combattre les accidents qui peuvent survenir pendant la grossesse et être cause de l'avortement. La seconde exposera la conduite que l'accoucheur doit tenir lorsque l'avortement est devenu inévitable, ou que la sortie du fœtus de la cavité utérine est le seul moyen à opposer pour arrêter les accidents qui mettent les jours de la mère en danger; elle comprendra donc l'indication des moyens propres à combattre ces accidents, à faciliter ou à favoriser l'expulsion du fruit, ou ceux de l'extraire de la cavité qui le renferme, lorsque la nature est impuissante ou que la gravité des accidents ne permet pas d'attendre ses efforts. La troisième comprendra la cure des accidents qu'entraîne quelquefois à sa suite le part prématuré, ou celle de ceux qui ont déterminé l'expulsion du fœtus et qui persisterait après sa sortie. Dans l'examen de

chacune de ces sections, je suivrai, autant que possible la marche que j'ai adoptée dans l'indication des causes qui peuvent amener l'avortement.

Des moyens de prévenir l'avortement.

L'un des premiers moyens de prévenir l'avortement est de soustraire la femme aux causes qui pourraient le produire, le second est de les combattre. En examinant les causes que j'ai indiquées comme pouvant amener l'expulsion prématurée du fœtus, on se convaincra d'abord, que le plus grand nombre ne peuvent être évitées, par la raison toute simple qu'elles ne peuvent être prévues; en second lieu, on reconnaîtra que les moyens hygiéniques sont ceux auxquels on devra recourir le plus souvent, et que les cas, où un traitement actif doit être mis en usage, sont ceux qui cèdent le plus difficilement.

Il s'en suit donc que la femme pendant tout le temps de sa grossesse doit vivre d'une manière toute particulière, surtout pour peu qu'il existe chez elle des dispositions à l'avortement; elle doit souvent changer ses habitudes, combattre ses passions, contraindre son caractère, modifier son régime. Elle a droit dans cet état, à des soins, des ménagements tout particuliers, parfois cependant il faut s'opposer avec fermeté à ses exigences.

Le lieu qu'habite une femme enceinte n'est pas toujours sans influence sur son état, il est certain qu'elle a toujours besoin d'un air sain, puisque cette condition est même nécessaire pour celles qui n'ont pas conçu. L'air peut être sain dans des endroits différents, et avoir dans chacune de ces localités des qualités distinctes, c'est ainsi que dans les lieux élevés, l'air est plus vif, plus sec, plus leger, et cependant il peut aussi bien disposer à l'avortement que l'air des plaines ou des vallées, qui est plus lourd et contient plus d'humidité. Le tout est de reconnaître les tempéraments qui conviennent le mieux à chacune de ces localités.

L'air des lieux élevés est plus excitant, donne plus de force à la fibre musculaire, active la sanguification, facilite la digestion, rend les mouvements plus faciles, etc. Toutes ces qualités indiquent qu'il convient surtout aux femmes d'un tempérament lymphatique, nerveux, à celles qui sont valétudinaires. L'habitation des plaines, des vallées, des lieux humides même, lorsqu'ils ne sont pas entourés de marécages, convient à celles qui sont sanguines et bilieuses, parce qu'elles ramollissent la fibre, que la sanguification est moins active, que les digestions sont plus lentes et qu'elles disposent par conséquent moins à la pléthore qui est particulièrement à redouter chez ces sujets. Qu'on soit bien convaincu que les extrêmes sont nuisibles et que je ne prétends pas qu'une femme parce qu'elle est lymphatique doive habiter le sommet des Alpes ni que je veuille envoyer celles qui sont sanguines dans les marais pontins. Un changement trop subit peut aussi devenir nuisible il faut encore que la transition soit graduée ou que la différence des lieux ne soit pas trop considérable.

L'importance que je mets aux qualités de l'atmosphère dans laquelle la femme enceinte vit, ne semble pas justifiée, puisque l'on en voit un si grand nombre parcourir leur grossesse et accoucher heureusement à terme

quoique vivant dans un air qui semble surtout propre à favoriser l'avortement. Quoiqu'il en soit c'est chez ces personnes que l'on remarque le plus fréquemment cet accident, et ce sont celles qui vivent dans une telle atmosphère qui, lorsqu'elles arrivent à terme donnent le jour à ces êtres malheureux, chetifs, malingres, qui font le désespoir des médecins et des parents. Ce n'est ni dans les campagnes, ni dans les petites villes, ni chez les riches, ni chez les indigents, que l'on rencontre le plus souvent ces cas, mais c'est dans les grandes villes, chez les personnes de la classe moyenne, celles qui par leur commerce ou leur état sont obligées de vivre dans les lieux ou la population est la plus nombreuse, ou les habitations sont resserrées et sacrifiées entièrement aux besoins de leur industrie. Il est vrai que l'air que ces personnes respirent quoique impur n'est pas la seule cause fâcheuse dont elles éprouvent l'influence, mais que des affections morales, des chagrins, des inquiétudes, contribuent autant que l'air qu'elles respirent, à l'expulsion prématurée du fruit de la conception.

La nourriture des femmes enceintes doit aussi fixer l'attention de l'accoucheur, quoique toujours saine, elles doit avoir comme l'air qu'elles respirent, des qualités appropriées à leur tempérament. Les femmes lymphatiques, faibles, nerveuses, doivent faire usage d'aliments fortifiants et qui contiennent sous un petit volume beaucoup de parties nutritives, elles doivent principalement user des viandes, surtout roties ou grillées, ne prendre que peu de légumes, et choisir de préférence les farineux; le laitage leur convient aussi, elles s'abstiendront de boissons aqueuses, un verre de vin et surtout le bordeaux leur convient mieux, de la bonne bière comme nous en possédons dans notre pays leur est surtout favorable, le faro, la lambic, l'uytzet, de préférence à la bière de Louvain, la piterman, etc.

Les personnes d'un tempérament sanguin ou bilieux s'accommoderont mieux d'un régime végétal, de viandes blanches, de boissons aqueuses émollientes, de la petite bière, enfin de substances peu nutritives et relâchantes.

La quantité des aliments doit, comme la qualité, être prise en considération et être réglée sur la constitution de la femme, il est certain que pourvu que l'estomac s'en accommode et les digère avec facilité que toutes choses égales d'ailleurs, la femme lymphatique pourra consommer une plus grande quantité d'aliments et de nature plus nutritive que la femme sanguine, parce que chez la première on aura moins à craindre la pléthore. Toutefois il est convenable que la femme qui a conçu ne prenne qu'une quantité médiocre d'aliments à chaque repas; ces repas peuvent être plus nombreux si le besoin s'en fait sentir. On rencontre quelquefois des femmes qui lorsqu'elles sont enceintes ont un appétit excessif, dans ces circonstances on s'oppose aux suites fâcheuses qui pourrait résulter d'une alimentation trop considérable, en ne leur accordant que des substances peu nutritives, et en leur faisant prendre des boissons émollientes, mucilagineuses afin de tromper la faim. Si ces moyens sont insuffisants, ou ne peuvent être mis en usage soit par les goûts particuliers que l'on rencontre souvent chez les femmes qui ont conçu, soit que l'estomac rejette les substances que je viens de désigner, il faut les surveiller avec attention, enfin de diminuer la pléthore lorsqu'elle

menace de devenir trop considérable, au moyen de saignées plus ou moins répétées, du repos, des bains tièdes.

D'autrefois la femme n'a aucun appétit, ou l'estomac rejette tout ce qu'on veut y introduire dans ces cas on aura recours selon les circonstances, aux substances propres à reveiller et a donner du ton au gaster, tels que les toniques, les amers etc.; médicament qui convient dans le plus grand nombre de cas est le quinquina, à petite dose, soit en infusion soit en teinture avec le vin ou l'alcool, celui qui m'a réussi le plus constamment est le vin dit de Séguin. Cet état dépendant assez souvent d'une affection nerveuse on obtiendra dans ces cas plus certainement du succès au moyen des antispasmodiques administrés seuls ou associés aux substances indiquées plus haut.

La femme enceinte doit s'abstenir surtout des boissons spiritueuses, se modérer dans l'usage du café, du thé, des épices, des aliments lourds, et trop gras.

L'exercice est nécessaire aux femmes grosses, mais il doit être modéré, la promenade à pied leur est surtout avantageuse, elle peuvent aussi se servir d'une voiture bien suspendue, mais elles doivent éviter les marches longues et forcées, l'équitation les promenades ou les voyages dans des chars mal suspendus ou roulant sur un terrain raboteux, les sauts, la danse qui, comme je l'ai dit en parlant des causes de l'avortement, sont propres à amener cet accident. Ces exercices doivent d'autant plus être évités que la femme est plus près du terme de sa grossesse. Il est aussi nécessaire que la femme dans cet état, évite de porter ou de soulever des fardeaux, d'étendre fortement les bras, ou de faire des efforts considérables; parce que ce sont autant de causes d'avortement. Elle doit, pour la même raison, éviter de crier ou de chanter fortement. On est, dans certains cas, obligé de les empêcher de se livrer même à un exercice modéré et de leur interdire presque tout mouvement. C'est surtout lorsquelles sont sujettes aux hémorrhagies utérines ou lorsque celles-ci sont imminentes que le repos est nécessaire, quelquefois même la position verticale leur est nuisible et elles sont obligées de passer tout le temps de leur grossesse sur leur lit ou sur une chaise longue. Considéré par rapport au tempérament, l'exercice convient surtout aux femmes lymphatiques et nerveuses parce qu'il fortifie leur constitution, active la sanguification, développe le système musculaire, dont il faut chez ces personnes favoriser, autant que possible, la prédominance et qui se fait toujours aux dépens de la prédominance nerveuse qui existe chez elles.

La même attention doit être portée sur les habillements des femmes enceintes, ils doivent aussi être appropriés à leur constitution et aux saisons, les vêtements trop légers ou qui laissent trop de parties à découvert les exposent aux répercussions de la transpiration et aux nombreuses maladies qui peuvent en être la suite, les habillements trop chauds donnent lieu à des transpirations qui les affaiblissent et qui sont surtout contraires en été et chez les femmes faibles et lymphatiques. Les habillements en laine et surtout la flanelle sur la peau conviennent à celles-ci, ces matières en contact avec la peau favorisent l'action de cet organe et sont propres à éviter la répercussion de la transpiration. La femme doit pendant sa grossesse avoir soin que ses pieds soient toujours chauds et secs : car on a vu souvent l'avortement être le résultat de ce que les extrémités inférieures avaient été

exposées au froid et à l'humidité. Aussi on ne fera usage que de pédiluves tièdes et pour autant seulement que les soins de propreté l'exigent, les pédiluves froids doivent être strictement défendus. On aura donc soin de recommander aux femmes l'usage des bas de laine, et, si les appartements n'ont pas de plancher ou si c'est en hiver, des chaussures fourrées.

On doit éviter aussi que les vêtements de la femme qui a conçu soient trop étroits ou trop serrés, et surtout éviter toute compression de l'abdomen. On défendra donc l'usage du corset et surtout du busc. Dans le cas ou l'abdomen devrait être soutenu, soit à cause de la laxité de ses parois comme il arrive chez les personnes qui ont eu beaucoup d'enfants, soit pour s'opposer à l'obliquité de l'utérus ou pour la modifier, on se servira d'un bandage approprié qui ne sera que contentif, et qui ne puisse pas gêner la circulation abdominale. Si la femme a une hernie rien ne s'oppose à ce qu'elle continue à porter un bandage propre à fermer l'ouverture par laquelle les parties contenues dans l'abdomen tendent à s'échapper, au moins jusqu'à ce que l'utérus soit assez élevé pour y mettre lui-même obstacle. Les bandages herniaires comprimant d'un côté l'ouverture par laquelle la hernie tend à s'échapper, et de l'autre s'appuyant sur le rachis, n'exerçant par conséquent pas une compression circulaire sur l'abdomen, ne peuvent donc pas gêner la circulation abdominale. En suivant ces recommandations on soustraira la femme à un grand nombre de causes de l'avortement, surtout à plusieurs de celles qui donnent lieu ou qui favorisent la pléthore utérine, si nuisible pendant la grossesse et pour la mère et pour l'enfant, par les hémorrhagies qui en sont presque toujours le résultat et qui précèdent fréquemment l'avortement.

Les soins de propreté sont aussi nécessaires pendant la gestation que hors ce temps, par eux on entretient et on facilite les fonctions du système cutané, fonctions de la plus haute nécessité parce que leur diminution ou leur suppression peut déranger ou troubler l'harmonie qui doit exister dans toute l'économie animale et donnent lieu à de nombreuses maladies. L'un des principaux moyens de propreté et celui qui doit fixer principalement l'attention de l'accoucheur est le bain. Il n'entre pas dans mon sujet d'examiner toutes les sortes de bains, je ne m'occuperai ici que de ceux dont on fait usage en état de santé, ces bains sont ordinairement d'eau pure, ils sont chauds, tièdes ou froids.

Les bains chauds doivent être généralement défendus pendant la grossesse, et, si quelqu'indication particulière en exige l'emploi, on aura soin d'en user aussi rarement que possible, parce que les bains à une température élevée disposent aux conjestions, ramollissent le col utérin et peuvent par conséquent occasionner l'avortement, ils sont surtout contraires aux personnes lymphatiques, faibles et à celles d'un tempérament nerveux. Ils peuvent être avantageux chez les sujets bilieux et chez les sanguins, où il y a une grande rigidité de la fibre, on doit cependant toujours en user modérément et bien surveiller leurs effets.

Les bains tièdes sont les plus avantageux, en général, leur température doit être de 16 à 18 °/₀ et ils conviennent à toutes les constitutions, mais principalement aux personnes sanguines, ils seront plus ou moins pro-

longés et on en fera un usage plus ou moins fréquent suivant l'état du sujet.

Les bains froids ne doivent être employés qu'avec précaution et être défendus aux personnes pléthoriques, ils conviennent aux sujets faibles, d'une constitution molle et à celles qui sont nerveuses ; on doit avoir soin que la femme ne s'y plonge tout à coup, mais s'y prépare en mouillant successivement les diverses parties du corps, ces bains doivent toujours être de peu de durée et, à la sortie, après s'être bien essuyée et couverte de vêtements chauds, il est bon que la femme se livre à une marche modérée ou à un exercice peu fatiguant.

Je suis parvenu en conseillant de cette manière des bains de mer, chez plusieurs personnes d'une constitution débile qui avaient jusqu'alors avorté à chaque grossesse, à les conduire heureusement à terme.

Les bains de siège froids et les lotions de même nature aux parties génitales, employés de la même manière sont très-avantageux chez les femmes qui sont disposées aux hémorrhagies utérines ou chez qui le molimen menstruel est très-prononcé.

La femme dans l'état de grossesse doit éviter toute affection morale vive et subite, la joie comme le chagrin peuvent produire l'avortement, il en est de même pour la colère, comme j'ai eu soin de le dire en indiquant les causes du part prématuré, on doit donc avoir soin de n'annoncer qu'avec beaucoup de ménagements tout ce qui pourrait lui occasionner une joie excessive ou un grand chagrin ; les ménagements sont d'autant plus nécessaires que le système nerveux de la femme dans cet état est plus sensible. On évitera avec soin tout ce qui pourrait lui occasionner de l'emportement et de la colère, et on n'oubliera pas que dans cet état, par suite de leur susceptibilité nerveuse, leur caractère change souvent et que de bonnes et patientes qu'elles étaient avant, elles deviennent quelquefois irrascibles et colères.

C'est encore par suite de l'exaltation de leur système nerveux, qu'on doit apporter des ménagements jusque dans les amusements qu'on leur procure le jeu surtout ne leur convient pas à cause des vives émotions et des transitions subites qu'il occasionne, le spectacle aussi doit être choisi. C'est ainsi que les pièces tristes ne leur conviennent pas, les scènes propres à faire naître de vives émotions ou à inspirer la terreur comme on en trouve beaucoup dans nos drâmes à la mode, sont capables de produire une telle secousse nerveuse chez la femme enceinte qu'elle détermine l'avortement. On choisira donc de préférence les pièces qui émeuvent le moins ou dont le sujet inspire la gaité, les spectacles acrobatiques, gymnastiques ou équestres seront évités avec soin, parce que les mouvements de frayeur que les scènes sont si propres à inspirer, peuvent être causes de l'expulsion de l'embryon : on leur évitera aussi, pour la même raison, la vue des objets effrayants, qui inspirent le dégoût, ou qui sont propres à frapper vivement l'imagination, tels que les scènes de fantasmagorie, les exécutions capitales, les personnes fortement contrefaites ou mutilées.

On éloignera avec soin de la femme enceinte tout ce qui exhale une odeur forte, soit même celles qui sont agréables ; les unes peuvent devenir nuisibles comme les autres. En effet, si on a rapporté l'exemple que l'odeur d'une chandelle qu'on étaignait avait produit l'avortement, on trouve aussi des

observations qui prouvent que cet accident a été occasionné par l'odeur agréable mais trop forte de fleurs, telles que la tubéreuse, le syringa, etc.

L'exaltation de l'imagination est nuisible chez la femme grosse et la conduit souvent à la folie: on leur défendra d'autant plus les travaux de cabinet, que j'ai signalé les travaux sédentaires comme pouvant disposer à l'avortement.

La masturbation est un vice qui est surtout nuisible pendant la conception et qui doit être sévèrement réprimé parce qu'il amenerait presqu'inévitablement l'expulsion de l'embryon avant le terme naturel et que de plus il est souvent cause d'un grand nombre de maladies.

La femme pendant sa grossesse ne doit user que médiocrement du coït, celles qui sont faibles, lymphatiques, nerveuses, celles, surtout, qui sont affectées de leucorrées ou de chlorose, sont souvent obligées de s'en abstenir entièrement si elles veulent que leur grossesse parvienne à son terme.

Quelques femmes, pendant leur grossesse, sont vivement portées vers les plaisirs de l'amour et en usent avec fureur. Cet état constitue une véritable nymphomanie. Ce n'est pas en satisfaisant leurs désirs qu'on parviendra à détruire ou à diminuer cette passion si nuisible pour la gestation; on atteindra plus sûrement ce but au moyen de saignées générales, si la femme est forte et pléthorique, de sangsues appliquées à la vulve, de bains de siége et de lotions froides, de l'application de la glace à l'occiput, en les faisant coucher sur des matelats de crin ou plutôt sur la paille, des lavements émollients, d'une nourriture relâchante et de boissons aqueuses et émollientes et d'un exercice plus considérable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

Sur l'un des moyens à employer contre l'asphyxie par le charbon.

Ayant eu l'occasion de donner des soins à plusieurs personnes asphyxiées par la vapeur du charbon, j'ai constaté que l'excitant le plus simple est le passage dans les fosses nasales d'une plume dont les barbes sont mouillées avec du vinaigre ordinaire.

C'est le moyen qui a toujours le premier déterminé des contractions musculaires indiquant le retour à une vie plus active.

GABRIEL PELLETAN.

Journ. de chimie médicale, août 1841.

Formule de la pâte pectorale balsamique de Régnault.

M. Flon, pharmacien à Paris, a envoyé à l'Académie royale de médecine (séance du 7 mai) la formule officielle de la pâte pectorale, pour laquelle madame veuve Régnault aîné a obtenu un brevet d'invention.

Voici cette formule :

Quatre fleurs	500 gram.
Gomme arabique	5000 gram. (5 kil.)
Teinture de baume de Tolu.	24 gram.
Eau	1500 gram. (1 kil. 1/2)

Cette pâte se prépare avec les substances ci-dessus décrites, en suivant les règles prescrites pour la préparation des pâtes.

M. le docteur SIMONAERT vient d'être nommé Prosecteur à l'Université de Bruxelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Études anatomiques et chirurgicales sur Vésale, précédées d'une notice historique sur la vie et les écrits de ce grand anatomiste. Ouvrage publié sous les auspices des médecins belges, par AD. BURGGRAEVE, professeur d'anatomie à l'Université de Gand. 1 fort volume in-8°. — Édition de luxe, avec portrait.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE CINQUIÈME VOLUME DES ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.